Rok L. Kraków, dnia 25. lutego 1911. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przetwór »606« w świetle chemoterapii Ehrlicha

podał *)

Dr Maksymilian Blassberg.

Wspaniałemu rozkwitowi medycyny w ostatnim wieku towarzyszy dziwny nihilizm terapeutyczny. Kramarskie zasypywanie rynku aptekarskiego przez setki tysięcy przetworów, kryjących w najrozmaitszych odmianach formy i etykiety przeważnie identyczne leki, znamionuje mimo swej pstrej obfitości zupełną bezduszność jednej z najważniejszych dziedzin działalności lekarskiej — bo dziedziny lecznictwa, które przecież obok zapobiegania jest głównym i naczelnym celem wszystkich zadań i wysiłków lekarskich. Jedynie bakteryologia także i w opuszczoną dziedzinę lecznictwa rzuciła pewien ożywczy promień dzięki zdobyczom na polu leczenia antytoksynami. Nieznaczny też postęp zaznaczyła w lecznictwie organoterapia. Zupełnie zrozumiałym jest przeto ogromny entuzyazm, jaki wywołał w świecie lekarskim Ehrlich przetworem »606«, a to nie tyle przez to, że wzbogacił arsenał lekarski nowym środkiem, który jak dotąd okazał się bardzo dobrym, ale może więcej jeszcze przez to, że do wykrycia tego środka szedł celowo i konsekwentnie nową drogą tak zwanej chemoterapii i odkrył medycynie zupełnie nowe horyzonty działania i poszukiwania.

W pojęciu »chemoterapii« nie mieści się ogólnie wszelkie działanie lecznicze na drodze chemicznej. Przez chemoterapię rozumiemy działanie lecznicze, skierowane zapomocą środków chemicznych wyłącznie do zniszczenia żywych drobnoustrojów, wywołujących chorobę. Ażeby zatem przeprowadzać badania doświadczalne chemoterapeutyczne, należy sztucznie wywoływać w ustroju zwierzęcym chorobę i potem szukać doświadczalnie sposobu leczenia. Obecna farmakologia zeszła, zdaniem Ehrlicha, zupełnie do roli czystej toksykologii, śledząc wpływ leków, i to przeważnie trujących, na zdrowy ustrój zwierzęcy. Leczeniem zaś i usuwaniem przyczyn wywołujących choroby farmakologia się nie zajmowała. O lekach używanych przeciwko kile, np. o sublimacie, wiemy tylko, że jest trujący dla ustroju; o jodku potasu wiemy, że działa trująco na serce. Ale te fakty farmakologiczne nie dają nam podstawy do wniosku, że leki wspomniane należy stosować do leczenia kiły.

Ażeby uzyskać leki przeciw chorobom zakaźnym próbowano zapomocą substancyi chemicznych zabijać drobnoustroje, chorobotwórcze dla ludzi i zwierząt. Na tej drodze powstało odkażanie. Zapomocą środków odkażających np. sublimatu lub karbolu bardzo łatwo zniszczyć w probówce czystą hodowlę np. gronkowców lub bakteryi błoniczych.

Zupełnie inaczej przedstawia się jednak sprawa, gdy doświadczenia z probówki chciano przenieść na ustrój żywy. Wiadomo, jak niedoścignionym ideałem jest do dziś dnia jeszcze dla chirurgów doszczętne wyjałowienie rąk przed zabiegami operacyjnymi. Na olbrzymie trudności napotyka też antyseptyka miejscowa ran. Krzyształowicz i Siedlecki badali wpływ kilkakrotnego przemywania miejscowego sublimatem nacieków kiłowych na ilość krętków bladych w cieczy, wyciśniętej z nacieków, i doszli do przekonania, że wpływ ten jest bardzo mały i ogranicza się tylko do warstw powierzchownych, natomiast w warstwach głębszych krętki rozwijają się zupełnie swobodnie.

Jeżeli w usiłowaniach naszych pójdziemy jeszcze dalej i zechcemy np. przewód pokarmowy albo inne narządy i soki ustroju poddać tak zwanemu »odkażeniu wewnętrznemu« względnie »antyseptyce wewnętrznej«, to napotykamy trudności prawie nieprzezwyciężone. Znaczna bowiem liczba środków odkażających, skutecznych poza ustrojem, wchodzi z białkiem i z sokami ustroju, zawierającemi białko, w luźne połączenia. Wskutek tego środki te działają silnie na soki i komórki ustroju, do którego je dla celów antyseptycznych wprowadzamy, a chybiają celu głównego t. j. działania na drobnoustroje chorobowe, zagnieżdżone w organizmie. Wykazał to wybitnie Robert Koch na sublimacie, który jest silnym środkiem odkażającym wobec wszystkich drobnoustrojów. Rozczyn sublimatu zabija bowiem prątki wąglika poza ustrojem w dość słabych rozczynach, jeżeli jednak zwierzęciu zakażonemu wąglikiem wstrzykniemy choćby tak duże dawki sublimatu, że ich koncentracya byłaby w probówce dla bakteryi napewno zabójczą, to zwierzę padnie z powodu zatrucia sublimatem a prątki wąglikowe rozwijają się dalej bezkarnie.

Jest to niewątpliwie wyłączną zasługą Ehrlicha, że chemoterapię pchnął na nowe tory, obfite w zdobycze. Trzy są linie wytyczne, znamionujące prace chemoterapeutyczne Ehrlicha.

1) Przedewszystkiem doszedł on do przekonania, że

*) Podług wykładu wygłoszonego dn. 8. II. 1911 w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem.

należy odstąpić od zasady stworzenia środka, zabójczego równocześnie dla wszystkich gatunków drobnoustrojów chorobotwórczych w ustroju. Trzeba według Ehrlicha ograniczyć się do szukania środków swoistych, działających wobec pewnych tylko mikrobów lub gatunków mikrobów. Zwrócił się on naprzód nie przeciwko bakteryom, a zatem drobnoustrojom roślinnym, lecz przeciwko krętkom (Spirochaete) i świdrowcom (Trypanosoma) z grupy pierwotniaków (Protozoa). Nadzieję uzyskania w tym kierunku pomyślnych wyników nasuwała ta okoliczność, że już od szeregu stuleci znanym środkiem jest chinina, która powstała wprawdzie na drodze powolnej, wieki całe trwającej empiryi ludowej, ale jest niewątpliwie lekiem chemicznym swoiście działającym przeciw pasorzytom zimnicy przez to, że je zabija i z krwi usuwa. W dziedzinie tejsamej, swoisto-chemoterapeutycznej, było też znane leczenie kiły rtęcią. Istota leczenia rtęciowego kiły została znacznie wyjaśnioną i dostępną ścisłej chemoterapii od czasu a) odkrycia krętka bladego z grupy pierwotniaków (Spirochaete pallida) przez Schaudinna i Hoffmanna, b) od czasu, gdy Miecznikow, Roux, Bertarelli, Parodi, Krzyształowicz, Siedlecki i inni wykazali, że kiła da się przenieść na małpy, króliki i inne zwierzęta, c) od czasu, gdy wrocławski syfilodolog Neisser udowodnił, że leczenie rtęcią działa istotnie swoiście leczniczo przy kile i że narządy małp, leczonych dostatecznie rtęcią, nie wywołują zakażenia, a natomiast narządami zwierząt kontrolnych, nieleczonych, można dalej przenosić zakażenie, d) w końcu od czasu, gdy odczyn Wassermanna umożliwia do pewnego stopnia przedmiotową kontrolę wyniku leczniczego.

2) Drugim szczegółem znamiennym dla prac chemoterapeutycznych Ehrlicha jest twierdzenie, że działanie bakteryobójcze jakiegoś środka w probówce nie ma żadnego, najmniejszego nawet znaczenia przy ocenie jego wartości leczniczej dla żywego ustroju. Bo albo środek jakiś może mieć silne działanie w probówce, a zupełnie zawodzić w ustroju, albo też odwrotnie środek jakiś może w probówce zawodzić, a wprowadzony do ustroju może podlegać już w ustroju pewnym przemianom chemicznym, które mu nadają własności bakteryobójcze.

3) Trzecim wreszcie i to najważniejszym rysem prac chemoterapeutycznych Ehrlicha jest tak zwane stanowisko »dystrybutywne«. Jak dla chemii istnieje prawidło ogólne »Corpora non agunt nisi soluta«, tak dla chemoterapii stawia Ehrlich prawidło ogólne »Corpora non agunt nisi fixata«. Znaczy to, że tylko te pasorzyty mogą uledz działaniu zabójczemu jakiegoś leku, które mają do danego leku powinowactwo chemiczne, tak, że lek wiąże się z drobnoustrojami. Takie ciała chemiczne zwie Ehrlich parasitotropowemi, a o ile chodzi o drobnoustroje, będące przyczyną danej choroby, etyotropowemi (aetiotrop).

Przy stosowaniu przetworów chemicznych musimy jednak uwzględnić fakt, że lek chemiczny skierowuje swoje działanie nietylko w kierunku pasorzytów chorobowych, że działa zatem nietylko etyotropowo — względnie parasitotropowo, lecz że ma także mniej lub więcej wybitne powinowactwo do pewnych komórek lub tkanek ustroju, czyli że działa też organotropowo. Zadaniem chemoterapii jest wynajdowanie substancyi, któreby miały silne powinowactwo chemiczne do protoplazmy pasorzytów, a równocześnie którychby organotropia, to jest szkodliwe powinowactwo do narządów ustroju, była możliwie najmniejszą. Nadto musimy, zdaniem Ehrlicha, zwrócić uwagę na to, ku jakim narządom ustroju dany lek się rozdziela. Błękit metylenowy np. jest monotropowy. W razie bowiem wstrzyknięcia błękitu metylenowego do żywego ustroju, zakończenia nerwów obwodowych barwią się błękitnie, co wiedzie do wniosku, że błękit metylenowy posiada właśnie szczególne powinowactwo do zakończeń nerwów obwodowych, czyli, że jest środkiem neurotropowym. Większość barwików natomiast barwi znaczniejszą ilość tkanek, czyli jest politropową.

(Dok. nast.).

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

O znaczeniu leczniczem arsenobenzolu (606)

skreślili

Prof. Dr Wład. Reiss i **Dr Fr. Krzyształowicz**
Dyrektor kliniki. Prof. nadzw. dermatologii.

(Dokończenie).

U pierwszych chorych przybyłych do leczenia wstrzykiwano 0,3—0,4 gr. przetworu, wkrótce jednak zwiększyliśmy dawkę do 0,6—0.8 gr., nie możemy wszelako stwierdzić, jakoby wielkość dawki szła zawsze w parze z wynikiem leczenia. Widzieliśmy bowiem w tym lub owym przypadku po 0,4 gr. wynik szybszy, niż w innym, »caeteris paribus«, po dawce 0,7 gr., w taki sam sposób stosowanej; podobnie spotykaliśmy po małych dawkach odczyn silniejszy, niż po większych, chociaż czynniki konstytucyonalne były mniej więcej jednakie. Wogóle po wstrzykiwaniach śródżylnych wynik leczniczy był nieco szybszy, niż po miąższowych. Po śródżylnych występował zazwyczaj silniejszy odczyn, jednak prócz objawów takich, jak nudności, wymioty, odbijania i zawroty głowy, nie spostrzegaliśmy innych cięższych lub groźnych. Szkodliwego działania na serce albo na narząd trawienia lub też jakichś cięższych zboczeń stanu ogólnego nie spotykaliśmy wcale, prócz jednego przypadku, opisanego poniżej; podobnie nie widzieliśmy wpływu na wydzielanie białka lub cukru.

Jako jeden z objawów występujących prawie stale po wstrzykiwaniach, wymienić należy odczyn Jarisch-Herxheimera. W pewnej liczbie przypadków występowało silniejsze zaczerwienienie wysypki po 8 do 20 godz., najczęściej jednak dopiero drugiego dnia. Odczyn ten, który czasami pojawiał się w postaci zaczerwienienia otaczającego wykwity, trwał zazwyczaj kilka godzin, rzadziej 2—3 dni. Należy zaznaczyć równocześnie, że odczyn ten występował znacznie częściej po wstrzykiwaniach śródżylnych, niż po miąższowych, co znajduje wytłomaczenie w gwałtowniejszem dostawaniu się przetworu w tkanki przy pierwszych wstrzykiwaniach. Oddziaływanie jednak tkanek nie trwało długo po wstrzykiwaniach śródżylnych, znikało bardzo szybko tak, że wtedy, gdy robiono wstrzykiwania miąższowe (po 2 dobach), nie było śladu zaczerwienienia. W dwóch przypadkach odczyn zniknął zupełnie po 18 godzinach. Po wstrzykiwaniach miąższowych trwało zaczerwienienie zawsze dłu-

żej, czasami nawet trzy do czterech dni; powstawało zaś częściej w przypadkach wysypki plamistej, niż guzkowej, częściej po wstrzykiwaniach płynu zasadowego, niż obojętnego. Trudno jednak stwierdzić, czy wielkość dawki miała wyraźny wpływ na nasilenie odczynu albo na szybkość pojawiania się tego, lub wreszcie na długość trwania tego objawu, gdyż widzieliśmy szybko występujący odczyn tak po małych, jak i dużych dawkach. Możemy jednak wspomnieć o jednem znamieniu: odczyny powstające po małych dawkach, trwały dłużej, aniżeli pojawiające się szybko i wybitnie po zastosowaniu dawek większych tego przetworu. Spostrzeżenie to skłaniałoby do przyjęcia, że dawki mniejsze działają podrażniająco, nie niszcząc jadu. Tylko w nielicznych przypadkach nie spostrzegaliśmy odczynu w zakresie wykwitów kiłowych, ale nie zawsze po większych dawkach. Brak tego zaczerwienienia zmian kiłowych zapisywano tak w przypadkach całkiem świeżych, jak i w nawrotach, tak u już leczonych, jak i dotąd nieleczonych. W takich przypadkach wysypka bladła szybko i w krótkim czasie znikała w zupełności.

Działanie arsenobenzolu na naciek kiłowy jest wogólności bardzo wybitne. Nacieki pierwotne traciły wkrótce po wstrzykiwaniu swoją twardość, tkanka naciekła stawała się miększą, a barwa brunatno-czerwona nacieków przechodziła w czerwono-żółtą. Jeżeli nacieki pierwotne były owrzodziałe — co spotykano najczęściej — to już w krótkim czasie pokrywały się naskórkiem po szybkiem oczyszczeniu dna owrzodzenia. Najczęściej jednak zauważaliśmy jeszcze dłuższy czas — 1—2 tygodni — utrzymujące się stwardnienie miernego stopnia. Nacieki pierwotne płytkie, ale twarde, pergaminowate, jakie widuje się na wargach sromnych mniejszych u kobiet, traciły swoją twardość w przeciągu kilku dni. W jednym przypadku tego rodzaju nacieku nie było prawie śladu już w trzy dni po wstrzykiwaniu, a tylko lekkie zaklęśnięcie było dowodem istnienia nacieku.

Powstający w następstwie rozwoju nacieku pierwotnego obrzęk gruczołów pachwinowych zmniejszał się często już po 2—3 dniach, gruczoły stawały się nietylko mniejsze, ale i miększe; to szybkie działanie na gruczoły stwierdziliśmy cztery razy na 12 przypadków. W jednym przypadku dwa duże twarde gruczoły pachwinowe zmiękły po 24 godzinach; w większości przypadków jednak czekaliśmy dłużej na podobny wynik, a w niektórych nawet po tygodniach nie zauważyliśmy wyraźnej zmiany.

Działanie wybitne, uderzające w oczy, należy podnieść bardzo dobitnie w drugim okresie wylęgania. Przedewszystkiem chodzi tu o białkomocz małego stopnia, który czasami spostrzega się w tym okresie u osób zresztą zdrowych, a który pojawia się nie tak rzadko, jak to zwykło się przypuszczać. Ten białkomocz, występujący często bezpośrednio przed wysypką i niewątpliwie dający się wytłomaczyć ogólnem zakażeniem ustroju, mogliśmy stwierdzić u kilku z naszych chorych. Po wstrzyknięciu arsenobenzolu białko znikło bardzo szybko z moczu i więcej się nie pojawiło. U jednej chorej (sclerosis initialis ad urethram, lymphadenitis inguinalis ambilateralis) już w 24 godzin po wstrzykiwaniu stwierdzono zniknięcie białka z moczu; u drugiej chorej z wysypką guzkową ten sam wynik wystąpił w przeciągu jednego tygodnia ($^1/_2$% białka).

Działanie przetworu Ehrlicha na wysypki drugorzędne było w większości leczonych przez nas chorych zadziwiająco szybkie. Wysypki plamiste, tak świeże, jak i powracające, ginęły średnio w 5—12 dniach; zblednięcie wysypki następowało najczęściej już następnego dnia po wstrzykiwaniu. Z drugiej strony jednak mieliśmy do czynienia także z oporniejszemi wysypkami plamistemi, które ustępowały dopiero po dwu tygodniach. W ogólności można było zauważyć wyraźniejszy wynik leczniczy w wysypkach guzkowych, niż plamistych. Tak n. p. spostrzegaliśmy na drugi dzień po wstrzyknięciu miąższowem (0,70) przypłaszczenie się guzków, zajmujących w gęstem ułożeniu całą powierzchnię skóry, a do tygodnia pozostały na wielu miejscach tylko plamy barwikowe, jako ślady przebyłej wysypki. W przypadkach wysypek mieszanych, plamisto-guzkowych, można było stwierdzić często najpierw przypłaszczenie się guzków, a dopiero później blednięcie wysypki plamistej. W jednym z takich przypadków zapisano równocześnie istnienie żółtych plam barwikowych obok wyraźnej wysypki plamistej, której blednięcie dopiero się rozpoczynało.

Jednakże nie we wszystkich przypadkach spostrzegało się tak wybitne działanie arsenobenzolu na wysypkę guzkową. Spotykaliśmy bowiem przypadki, w których mimo stosowania dawek wysokich, a nawet pomimo dwóch wstrzykiwań guzki, szczególnie kłykciny sączące, utrzymywały się długo w stanie niezmienionym i w końcu przeszły w bliznowate guzy. U niektórych chorych jeszcze po 10 dniach nie miały kłykciny sączące skłonności do przypłaszczenia się, chociaż pokryły się już wcześniej naskórkiem. Kłykciny błon śluzowych ustępowały często w przeciągu paru dni, co więcej, widzieliśmy niejednokrotnie znaczne wybujałości w gardle i na migdałkach, oczyszczające się już trzeciego dnia; powierzchowne, więcej owrzodziałe guzki błon śluzowych zaczynały się już goić następnego dnia po wstrzykiwaniu. Działanie to w niektórych przypadkach nie trwało długo; u jednego chorego, u którego bujne kłykciny podniebienia ustąpiły szybko po wstrzykiwaniu 0,6 gr., zauważyliśmy nawrót w tej samej postaci i tego samego natężenia już 12 dnia później. W ogólności jednak powiedzieć można, że działanie na wykwity błon śluzowych było szybkie i wybitne.

Wysypki liszajowate (lichenoïde) (dwa przypadki), które ustępują powoli i trudno przy leczeniu rtęciowem, zmieniały się bardzo szybko, bo już w tygodniu po wstrzykiwaniu; wysypka guzkowo-krostkowa przeszła w 10 dniach w plamy barwikowe i płytkie powierzchowne blizny. Guzki skóry owłosionej głowy nie znikały tak szybko; ponieważ jednak wykwity te powstają na tle zmian łojotokowych, a leczenia miejscowego w żadnym z omawianych przypadków nie stosowano, nie może dziwić nas dłuższe trwanie tego rodzaju wysypek.

Prócz obrzęku gruczołów, towarzyszących naciekowi pierwotnemu, zasługuje na wzmiankę także i zachowanie się obrzękłych gruczołów chłonnych w ogólności. Działanie arsenobezolu było i w tym kierunku korzystne. Twarde gruczoły szyjne, na które w każdym przypadku zwracano uwagę, zmniejszały się i stawały się miększe już w przeciągu kilku dni. Działanie to zauważono tak po wstrzykiwaniach miąższowych jak i śródżylnych, a tylko

w niewielu przypadkach nie można było stwierdzić wpływu wstrzykiwania na wielkość gruczołów. Widzieliśmy bowiem przypadki, w których wysypka znikła bez śladu, gruczoły zaś, szczególnie leżące w sąsiedztwie nacieku pierwotnego, pozostały niezmienione. Główne jednak były to przypadki zakażenia mieszanego. Zauważyliśmy zarazem, że jeżeli gruczoły zaraz w pierwszych dniach po wstrzykiwaniu nie oddziaływały, nie można było oczekiwać działania w tym kierunku nawet i później.

W przypadkach zapaleń okostnych okresu późnego nie spostrzegaliśmy wyraźnie dodatniego wyniku leczenia. U jednego chorego ze zgrubieniami kości goleni, połączonemi z silnymi bólami, czekaliśmy kilka tygodni na wyraźną poprawę, która dopiero wtedy nastąpiła, gdy chory ten otrzymał drugie wstrzykiwanie (0,7) po dwutygodniowej przerwie. I w tym przypadku jednak nie stosowano żadnego leczenia miejscowego.

Z dziewięciu nawrotów, które spostrzegaliśmy od początku naszych doświadczeń (wrzesień) do końca stycznia, wystąpiły świeże objawy chorobowe u czterech chorych już w miesiąc po wstrzykiwaniu, w jednym przypadku w sześć tygodni, w dwóch w dwa miesiące, a w dwóch w trzy miesiące od czasu wstrzykiwania. W trzech przypadkach pojawiły się nawroty po dwóch wstrzykiwaniach, mianowicie już w cztery tygodnie po drugiem wstrzykiwaniu.

U czterech chorych, którzy powrócili z nawrotami, znaleziono nacieki błony śluzowej ust lub kłykciny sączące części płciowych. U jednego chorego, którego leczono skutkiem zapalenia okostnej goleni dawką 0,6 gr. wytworzył się w cztery tygodnie po wstrzykiwaniu wrzód kilakowy na tylnej ścianie przełyku, który zagoił się dopiero po drugiem wstrzykiwaniu. U innego chorego, leczonego skutkiem rozległych wrzodów kilakowych podniebienia twardego, nosa i gardła trzema wstrzykiwaniami (0,3 + 0,4 + 0,6), powstał po drugiem wstrzykiwaniu szybki rozpad tkanki w najbliższem sąsiedztwie świeżo zabliźnionych wrzodów. Te nowe ubytki tkanki zagoiły się dopiero po trzeciem wstrzykiwaniu, po którem chory został wypuszczony, gdy stwierdzono ujemny odczyn Wassermanna.

Osobnej wzmianki wymaga chora kobieta przyjęta z naciekiem pierwotnym sutka i wysypką plamisto-guzkową, której wstrzyknięto 28. IX. 0,5 gr. Hy miąższowo. Wszystkie objawy znikły bardzo szybko, gdyż 10. X. zapisano tylko plamy barwikowe na miejscu guzków i znaczne zmniejszenie się obrzękłych gruczołów odpowiadającej wrzodowi pachy. Zatrzymaliśmy jednak chorą celem dalszych spostrzeżeń jeszcze w klinice i badaliśmy co 10 dni odczyn Wassermanna, który był stale ujemny (8. X., 15. X.), poczem wypuszczono chorą dnia 25. X. Przed wypuszczeniem badany odczyn Wassermanna był ujemny. W dwa miesiące później (28. XII.) zgłosiła się chora ponownie skarżąc się na bóle głowy i nudności, a po stwierdzeniu że odczyn Wassermanna jest ujemny odesłano ją tymczasowo na oddział wewnętrzny. Wkrótce jednak przeniesiono chorą z powrotem do kliniki dermatologicznej, gdyż przypuszczano objawy zapalenia opon mózgowych na tle kiłowem. Tymczasem objawy mózgowe występowały z coraz większem nasileniem, bóle głowy były nader silne, a odczyn Wassermanna wypadł dodatnio (5. I.). Następnego dnia stwierdzono porażenie nerwu twarzowego i w tymże dniu wstrzyknięto chorej w pośladek 0,6 gr. arsenobenzolu. Od tego dnia począwszy stwierdzano z dnia na dzień postępujące polepszenie, t. zn. bóle głowy zmniejszyły się bardzo wybitnie, łaknienie powracało, a chora skarżyła się jedynie na ogólne osłabienie i zawroty głowy. W 10 dniu po wstrzykiwaniu przepisano chorej wcieranie rtęciowe po 4 gr. dziennie i zatrzymano ją w klinice celem dalszych spostrzeżeń.

Tylko w jednym przypadku widzieliśmy w dwa miesiące po wstrzykiwaniu wysypkę plamistą na całej powierzchni skóry, i wszystkie znamiona wybuchu świeżego (po 0,4 gr.). Ten nawrót zniknął w pięć dni po drugiem wstrzykiwaniu, odczyn Wassermanna pozostał dodatni.

U jednego chorego, który przybył do kliniki z naciekiem pierwotnym w rowku pozażołędnym, okazującym rozpad na powierzchni i u którego odczyn Wassermanna był dodatni, nastąpiło zagojenie wrzodu po 17 dniach po wstrzyknięciu 0,7 gr. Gruczoły pachwinowe zmniejszyły się również bardzo wybitnie, bo pozostał tylko jeden gruczoł po stronie prawej. Chory opuścił klinikę z odczynem krwi ujemnym, powrócił jednak w 50 dni po pierwszem wstrzykiwaniu z małą szczeliną w bliźnie po dawnym wrzodzie. Znalezione w surowicy krętki dowiodły, że mamy do czynienia z miejscowym nawrotem, chociaż bez ponownego zajęcia gruczołów. Do wybuchu wysypki u tego chorego nie doszło, a szczelina zagoiła się w kilku dniach po wstrzyknięciu ponownej dawki 0,7 gr.

Również godnym wspomnienia jest przypadek dotyczący kobiety ciężarnej, której wstrzyknięto w 6-ym miesiącu ciąży 0,4 gr. skutkiem wysypki plamisto-guzkowej i po paru tygodniach wyleczoną wypuszczono z kliniki. W dwa miesiące od czasu wstrzyknięcia, t. j. w 8-ym miesiącu ciąży chora zgłosiła się znowu skutkiem kłykcin błony śluzowej krtani i części płciowych. Dla tej przyczyny wstrzyknięto jej ponownie 0,3 gr. miąższowo; na drugi dzień po wstrzykiwaniu pojawiła się na całej powierzchni skóry wysypka o dużych plamach, silnie zaczerwienionych (odczyn Jarisch-Herxheimera). Przypadek ten zdaje się poświadczać przypuszczenie, że małe dawki arsenobenzolu pobudzają rozwój ukrytego w ustroju jadu i wywołują wybuch świeżej wysypki. Swojego czasu podnosił ten szczegół Welander co do małych dawek rtęci.

Najwybitniej występuje działanie arsenobenzolu w przypadkach kiły później, szczególnie jednak kiły złośliwej. Owrzodzenia późnej kiły oczyszczały się po kilku dniach i goiły się mniej więcej w dwu tygodniach, chociaż miejscowo stosowano tylko środki całkiem obojętne. Głębokie owrzodzenia podniebienia i tylnej ściany przełyku w przypadkach kiły złośliwej, w których rtęć była bez skutku, oczyszczały się zaraz (w 2 przyp. po dwóch dniach) po wstrzykiwaniu i goiły się w kilku tygodniach. Należy zaznaczyć, że w tych przypadkach tu i owdzie po wstrzykiwaniu występował na nowo rozpad tak, że zastosowywano ponownie wstrzykiwanie; jednakże ostateczny wynik był zawsze pomyślny.

Między 10 przypadkami kiły późnej, względnie złośliwej, które leczono arsenobenzolem, zasługuje jeden na szczególną wzmiankę ze względu na bardzo korzystne, wprost uderzająco silne działanie tego przetworu na owrzodzenia krtani i nacieki chrząstek, leczone poprzednio bez skutku rtęcią i jodem.

U chorej w znacznym stopniu wychudzonej, niedokrwistej i wyniszczonej skutkiem ciągle powracających od

dłuższego czasu nacieków i owrzodeń krtani, stosowano kilkakrotnie leczenie rtęciowe, w ostatnim roku jednak zupełnie bezskutecznie. Ciągła chrypka, jakoteż utrudnienia w oddychaniu wzmagały się ciągle, a stan pogorszył się jeszcze po leczeniu jodem, które zalecono w ostatnich czasach w klinice laryngologicznej. Badanie laryngoskopowe wykazało znaczne wybujałości i owrzodzenia kilakowe w zakresie nagłośni i na więzadłach głosowych, jakoteż głębokie wrzody w głębszych częściach krtani. Pierwsze wstrzyknięcie (0,3 gr.) sprowadziło znaczne polepszenie zaraz w pierwszych dniach, a badanie krtani wykazało już 5 dnia oczyszczanie się brzegów owrzodzenia i zmniejszanie się nacieków. W 10 dni po pierwszem wstrzykiwaniu wstrzyknięto chorej ponownie w pośladek 0,4 gr. i od tego czasu można było stwierdzić z dnia na dzień postępującą zwolna poprawę wszystkich objawów i obrazu chorobowego w krtani. Tak duszność jak i utrudnienie w połykaniu zmniejszyły się znacznie, a stan ogólny chorej poprawiał się stale i bardzo wybitnie. W 20 dni po drugiem wstrzyknięciu stwierdzono tylko resztki nacieków, owrzodzenia zupełnie zabliźnione. Chora otrzymała jeszcze w trzy tygodnie po drugiem trzecie wstrzyknięcie (0,4), chociaż obraz krtani już się wiele nie zmienił i opuściła klinikę w dobrym stanie ogólnym, tylko z lekką chrypką.

Należy również z naciskiem podnieść, że arsenobenzol działał bardzo pomyślnie na stan ogólny chorych wyniszczonych, a zatem na ogólną przemianę materyi. Szczególnie można było stwierdzić to korzystne działanie w przypadkach kiły złośliwej. Nie potrzeba dodawać, że wszystkie przetwory arszenikowe odgrywały zawsze znaczną rolę w leczeniu zmian ogólnych, wywołanych zakażeniem kiłowem.

Z przypadków kiłowych, względnie parakiłowych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego leczono w całości kilka przypadków porażenia postępującego w okresach początkowych, przypadek początkowego wiądu rdzenia i kiły z objawami wiądu (pseudotabes). W tym ostatnim przypadku nastąpiła po dwóch wstrzykiwaniach wyraźna poprawa (równocześnie spostrzeżenia kliniki chorób nerwowych), a chory znajduje się ciągle w leczeniu.

W jednym przypadku porażenia postępującego nastąbiła po dwóch wstrzykiwaniach znaczna poprawa wszystkich objawów; poczem chorego wypuszczono z oddziału psychiatrycznego. Nie możemy naturalnie rozstrzygać, czy w tym przypadku mamy do czynienia tylko ze zwolnieniem choroby, niezależnie od leczenia, czy też z tak korzystnem działaniem samego środka Ehrlich'a.

Jak już powyżej wspomnieliśmy, spostrzegaliśmy w czasie naszych doświadczeń z arsenobenzolem u przeszło 70 chorych jeden przypadek ciężkiego zatrucia, a ponieważ zasługuje on na szczególną uwagę, przytoczymy go w całej rozciągłości:

T. S. lat 26, kupiec, przybył z zagojonym naciekiem kiłowym pierwotnym przy nasadzie prącia od dołu. Odczyn Wasserman-Dungerna dodatni. Innych zmian kiłowych prócz powiększonych gruczołów chłonnych w pachwinach nie spostrzeżono. W moczu białka nie było, cukru do 0,5%.

18. XI. 1910 r. wstrzyknięto w pośladek lewy 0,5 gr. arsenobenzolu Id. w1 cm³ wyskoku etylow. +4 cm³ $^1/_{10}$ ługu normalnego +10 cm³ fizyol. rozcz. soli kuchennej (razem 15 cm³ płynu). Ciepłota podniosła się tego dnia wieczorem do 38·6; chory odczuwał ból w pośladku przez cały dzień i noc. Na drugi dzień stan bezgorączkowy (wieczór 37), bóle w kończynie mniejsze, stan ogólny dobry; w pośladku naciek wyraźny, przy dotyku bolesny. W moczu cukru nie wykazano. Naciek pierwotny miększy, gruczoły pachwinowe wyraźnie mniejsze.

20. XI. Ciepłota podwyższona (37·4—37·9).

21. XI. Ciepłota 37·1—37·8, tętno dochodzi do 90.

22. XI. Ciepłota taka sama (do 37·8); stan ogólny niezmieniony, łaknienie nieco mniejsze, sen słaby; naciek w pośladku kiełbasowaty, ciągnący się od kości krzyżowej ukośnie do krętarza, przy dotyku żywo bolesny.

23. XI. Ciepłota obniżona, rano 36·9, wieczór dochodzi do 37·3.

24. XI. Ciepłota 37—37·3, stan ten sam.

25. XI. Ciepłota 37·2—37·5, łaknienie bardzo słabe, sen przerywany, chory nieco apatyczny.

26. XI. Ciepłota ranna 37·3, podnosi się wieczorem do 38·5. Chory skarży się na bóle w pośladku i nudności. W nocy nudności się wzmogły i doszło do kilkaktrotnych wymiotów, przy podniesieniu ciepłoty do 40·1° C, przyczem chory majaczył i prawie nie poznawał otaczających osób.

27. XI. Od rana aż do wieczora wymioty powtarzały się często, chory nie znosił żadnych potraw, nawet płynów zimnych; majaczenie wśród senności.

O godz. $5^1/_2$ wieczorem dostał chory lawatywę z oliwą, a olejek rącznikowy wewnętrznie. Po lawatywie w $^1/_2$ godz. i później wśród nocy było kilka wypróżnień dość obfitych. Morfina w ilości 0,015. Wymioty pojawiły się znowu w nocy po godz. 12 trzykrotnie, do tej godziny zaś od 8 wieczór chory spał w jednym ciągu chwilami majacząc. Ciepłota ciągle podniesiona: rano 37·1, o godz. 3 doszła do 40·1°, w nocy opadła do 39·1°; tętno dobrze napięte, dochodzi chwilami do 110 uderzeń.

28. XI. Rano znowu kilkakrotne wymioty, język suchy, przytomność niezupełna. Ciepłota w nocy o godz. 2 39, tętno 106, o 4 38·8°, tętno 96, o 6 38·9° C tętno 96.

Rano o godz. 9 tętno 88, ciepłota 38·8°. W pośladku naciek nie jest większy, ani więcej bolesny przy dotyku. Po południu ciepłota doszła do 40·3° C. Ze względu na warunki w klinice dermatologicznej, przeniesiono chorego do kliniki chorób wewnętrznych*)

Chory okazuje znaczne osłabienie, cera blada, skarży się na bóle głowy i goleni lewej, czasami dreszcze, potów nie ma. Brak snu, chwilami zwidywania i bredzenia, niepokój. Pragnienie znaczne, a wymioty stale po spożyciu napojów. Stolce codzienne.

29. XI. Ciepłota waha dość znacznie; rano 39·3°, po południu 40°, wieczór 38·4° C. Chory jest osłabiony, apatyczny, czasami rozdrażniony, ale przytomny. Język obłożony.

W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono, tylko wątroba była macalna pod łukiem żebrowym. Wszystkie pnie nerwowe po stronie lewej bolesne przy najmniejszym ucisku, opuszki palców znieczulone, przyczem zdrętwienie palców rąk i nóg.

Tak wczorajszego, jak dzisiejszego dnia wstrzyknięto choremu po 2 cm³ oleju kamforowego rano i wieczorem, obok tego podawano wewnętrznie 0,5 diuretyny, 3 razy dnia, wieczór zaś proszek fenacytyny (0,5). Przytem wstrzykiwano podskórnie 500 cm³ fizyol. rozcz. soli kuchennej i przepłukano żołądek dwoma litrami wody z dodatkiem palonej magnezyi.

Badanie krwi wykazało 95% hemoglobiny, a na 6200 krwinek białych 10% eozynochłonnych i 7% myelocytów neutrofilnych. Tętno miarowe, 86—92 uderzeń, mocz bez białka i cukru.

30. XI. Ciepłota doszła popołudniu do 39·2° (rano 38·8° C). Nudności i wymioty ustąpiły. Przepłukiwanie żołądka rano, wieczorem enterokliza. W moczu ślad białka i cukru (0,25%).

1. XII. Ciepłota najwyższa 39·3°, ciągła (rano 38·6° C).

2. XII. Język wilgotny, nieco obłożony, mniejsza bolesność pni nerwowych. Rano: kąpiel na 27° C., rano i wieczór enterokliza. W moczu arszeniku nie wykazano, białka śladzik, cukru nie ma.

3. XII. Ciepłota ciągle podwyższona do 38·9. Stan ogólny poprawia się.

4. XII. Ciepłota rano 37·6°, wieczorem 38·4° C.

5. XII. Ciepłota najwyższa 37·6°—37·8° C. W moczu śladzik białka.

Prócz bolesności okolicy lędźwiowej nie ma zmian.

6. XII. Ciepłota dochodzi jeszcze do 37·8° C, tętno 90.

7. XII. Rano 37·1°, wieczór 36·8° C.

8. XII. Stan zupełnie bezgorączkowy, wieczór 36·7° C. Chory skarży się na ból w miejscu wstrzykiwania, gdzie wyczuwa się

*) Dyrektor Prof. Dr Jaworski i asystent W. Dr Zygmunt Wachtel jun. okazali gotowość przyjęcia chorego do swej kliniki, za co składamy im serdeczne podziękowanie.

kiełbasowaty naciek, ale znacznie miększy, chociaż nie chełboczący; odnosi się przytem wrażenie, jakby w środku pośladka tkanki ściągały się wciągając skórę.

9. XII. Chory opuścił klinikę na własne żądanie. Próba Wassermanna dała wynik ujemny.

8. I. 1911. Chory zgłosił się sam, nie skarżąc się na żadne dolegliwości.

Poszukując w opisanym przypadku przyczyny tych ciężkich objawów, z góry zaznaczyć należy, że w tym jednym przypadku wstrzyknęliśmy przetwór Ehrlicha w większej ilości płynu (15 cm^3), — mimowoli zatem nasuwa się przypuszczenie, że ta ilość właśnie mogła być przyczyną ciężkich następstw. Tymczasem w początkach wprowadzenia tego środka do leczenia używano do 30 cm^3 płynu ze znaczną ilością ługu sodowego, a jednak nie wspominano o podobnych przypadkach.

Dalej zwrócić trzeba uwagę na ten szczegół, że w dniu wstrzykiwania znaleziono w moczu dość znaczną ilość cukru, którego już drugiego dnia w moczu nie było i który pojawił się dopiero 12-go dnia po wstrzykiwaniu w znacznie mniejszej ilości, ale także tylko przemijająco przez jeden dzień. Trudnoby zatem uważać cukromocz za przyczynę tak ciężkich objawów.

Wyłączając te dwie przyczyny, przypuszczaćby należało, że gorączkę, objawy ze strony żołądka, nieprzytomności itp. odnieść należy do zatrucia ustroju jakimiś produktami, które wchłonęły się dopiero później. Tymczasem początkowa gorączka byłaby chyba dowodem wessania się większych ilości arsenobenzolu ze składu, utworzonego w mięśniach przez wstrzykiwanie, — ciężkie objawy zaś wystąpiły dopiero 10-go dnia, kiedy już prawdopodobniej znaczniejsza część przetworu uległa wessaniu. To też nieprawdopodobną zdaje się być przyczyną wessanie się nagłe resztek arsenobenzolu, a raczej oskarżaćby trzeba o to albo rozkład tego przetworu i wessanie się tak zmienionego środka (może działanie benzolu), albo wchłanianie się produktów rozpadu tkanki, zniszczonej działaniem miejscowem arsenobenzolu. Wspomnieliśmy już poprzednio, że gorączki przeciągające się poza pierwsze kilka dni odnosimy przez łączność z objawami miejscowymi, najprawdopodobniej do wsysania się produktów zniszczenia tkanek. W opisanym przypadku objawy miejscowe utrzymywały się ciągle z dość znacznem nasileniem, chełbotania nie wykazano, ale ognisko stawało się miększe, a wkońcu nastąpiło jakby ściąganie się tkanek. Dlatego bardzo prawdopodobnem zdaje się być przypuszczenie, że w pewnej chwili, zależnie od nieznanych nam warunków, miazga rozmiękła, powstająca po częściowem zniszczeniu mięśni w miejscu wstrzyknięcia płynu, a wraz z nią może resztki rozłożonego przetworu, zaczęły ulegać wessaniu i były przyczyną opisanych objawów zatrucia. Wszak opisywano powstawanie zgorzeli i nawet ognisk chełboczących po wstrzykiwaniach powierzchownych czy głębokich, wtedy jednak tkanka zgorzelinowa została usuniętą na zewnątrz; w naszym przypadku produkta rozpadu mogły się dostać do ogólnego obiegu i wywołać zatrucie.

W celu uzyskania jakiegoś krytycyzmu co do działania arsenobenzolu badano prawie we wszystkich przypadkach w odstępach 10—15 dni zachowanie się odczynu Wassermanna, przez co kontrolowano i dalszy przebieg.

Odczyn Wassermanna robiliśmy zawsze wedle modyfikacyi podanej przez Dungerna, używając odczynników, sporządzonych przez fabrykę E. Mercka (Darmstadt). W przypadkach nacieku pierwotnego odczyn Wassermanna zachowywał się po wstrzykiwaniu rozmaicie: W jednym wczesnym przypadku, spostrzeganym prawie z początku powstania, był odczyn jeszcze ujemny i pozostał takim po jednem wstrzykiwaniu małej dawki (0,4 gr.) nawet w przeszło dwa miesiące od czasu wstrzykiwania. W drugim przypadku początkowy odczyn ujemny stał się dodatnim (16 dni po wstrzyk. 0,6 gr.). W innych przypadkach wykazać się dający odczyn dodatni zmieniał się często w 8—10 dni po wstrzykiwaniu w ujemny, ale badanie w kilkanaście dni wykazywało ponownie odczyn dodatni. W jednym przypadku odczyn, początkowo dodatni, utrzymywał się ujemnie przez kilka tygodni po dawce małej (0,40), — w trzy miesiące jednak od czasu wstrzykiwania przybył chory do kliniki ze świeżą wysypką na całej powierzchni skóry.

W kile drugorzędnej odczyn ujemny w dwóch przypadkach pozostał po wstrzykiwaniu ujemnym (badanie dwukrotne w przeciągu kilku tygodni). W innych przypadkach (11), w których odczyn był dodatni, uzyskano zmianę odczynu na ujemny w 10—20 dniach; w jednych jednak odczyn ujemny utrzymywał się czas dłuższy (miesiąc i więcej), w innych w krótkim czasie (po 3—4 tygodniach) zmieniał się znowu w dodatni. W wielu przypadkach zaś odczyn, dodatni przed wstrzykiwaniem, pozostawał takimże i po niem (badanie do miesiąca). W kilku przypadkach mimo utrzymywania się przez kilka tygodni (badano co 10 dni) odczynu ujemnego, powracali chorzy nieco później z wyraźnym nawrotem kiły.

Nie można również zauważyć jakiegoś wybitniejszego wpływu wielkości dawki na szybkość ustępowania odczynu Wassermanna, jakoteż wpływu korzystniejszego wstrzykiwań podwójnych (śródżylnych i miąższowych). Do pewnego stopnia szybkość zmiany odczynu dodatniego w ujemny odnieść było można do czasu trwania zakażenia w chwili leczenia, — dlatego w przypadkach nawrotów odczyn pozostawał przeważnie dodatni.

W przypadkach kiły złośliwej bywał zazwyczaj odczyn ujemny i takim też pozostał i po wstrzykiwaniu, nawet w czasie opisanych nawrotów.

W kile trzeciorzędnej odczyn dodatni zmienił się w jednym przypadku już po 10 dniach w ujemny, ale po 12 dniach po pierwszem badaniu stał się znowu dodatnim. W innych przypadkach odczyn dodatni nie zmieniał się po wstrzykiwaniu nawet w kilku tygodniach. Również w żadnym przypadku zmian metakiłowych nie było przemiany w odczyn ujemny.

W przypadkach nacieków pierwotnych, jakoteż w kłykcinach sączących szukaliśmy krętków w wyciśniętej surowicy przed i po wstrzykiwaniu. Na mocy tego badania stwierdzić należy, że nie można było znaleść krętków bladych w preparatach, wziętych z takich zmian w krótkim czasie po wstrzykiwaniu. W surowicy z nacieków pierwotnych wielka ich ilość, stwierdzona przed leczeniem zmniejszała się bardzo wybitnie już na drugi dzień po wstrzykiwaniu, a trzeciego, rzadziej czwartego dnia nie było ich wcale w preparatach. Zaznaczyć trzeba, że nigdy nie stosowano w tych przypadkach leczenia miejscowego. Z kły-

kcin sączących znikały krętki prawie równie szybko, równocześnie z oczyszczaniem i gojeniem się powierzchownych owrzodzeń. W jednym z takich przypadków utrzymywały się jednak krętki mimo dwóch wstrzykiwań przez kilka tygodni, o czem wspominaliśmy powyżej. Wreszcie nadmienić trzeba, że mimo szybkiego znikania krętków po wstrzykiwaniach, znajdowano je w równej obfitości w zmianach powrotnych, gdy chorzy zgłaszali się z nawrotami.

Ze schorzeń niekiłowych poddaliśmy leczeniu jeden przypadek mięsakowatości Kaposiego (acrosarcoma haemorrhagicum), ogólny liszaj czerwony (lichen ruber Wilsoni) i łuszczycę ogólną. Najwyraźniejszy wynik leczenia był w przypadku mięsakowatości u 65-letniego chorego, w tydzień po wstrzykiwaniu 0,3 arsenobenzolu, gdy spostrzeżono znaczne zmiany wsteczne nowotworów. Mimo wysokiego wieku chorego nie było po wstrzykiwaniu żadnych objawów ubocznych; w 5 tygodni potem wstrzyknięto mu ponownie 0,3 gr. bez wybitniejszych zmian w guzkach nowotworowych. W przypadku liszaja czerwonego zauważano również wyraźną przemianę wsteczną zlewających się guzków. Najmniejszy wynik dawał się spostrzegać w przypadku łuszczycy, co zresztą i ze spostrzeżeń innych autorów można wywnioskować. Zaznaczyć zarazem należy, że chorzy ci ze schorzeniami niekiłowemi oddziaływali gorączką zupełnie w ten sam sposób, jak chorzy kiłowi; podniesienia ciepłoty dochodziły do tej samej wysokości (nawet powyżej 38°).

Wspomnieć zarazem trzeba, że kobiety ciężarne znosiły dobrze wstrzykiwania nawet w ostatnich miesiącach ciąży, że zatem prawidłowo przebiegająca ciąża nie jest wcale przeciwwskazaniem dla leczenia arsenobenzolem. Jednej chorej wstrzykiwaliśmy ten przetwór nawet dwukrotnie bez jakichkolwiek złych następstw dla samej ciąży.

Przeglądając obecnie wszystkie nasze spostrzeżenia, musimy dojść do tego przekonania, że posiadamy w arsenobenzolu dzielny środek dla zwalczania objawów kiłowych i to objawów wszystkich okresów. Przedewszystkiem przetwór ten jest środkiem przeciwkiłowym nietylko równym w działaniu rtęci, ale w większości przypadków wyraźnie ją przewyższającym w szybkości działania. To szybkie działanie nadaje mu odrębne znaczenie, szczególnie w przypadkach kiły złośliwej, w których wpływ tego przetworu jest rzeczywiście zbawienny.

Następnie arsenobenzol zasługuje na nazwę środka przeciwkiłowego pierwszorzędnego, gdyż okazuje znamienite działanie właśnie w tych przypadkach, w których rtęć zupełnie zawodzi, a nawet szkodliwie działa, gdyż pobudza jeszcze rozpad nacieków. Tu należą te przypadki, w których uciekać się musieliśmy do środków roślinnych i dla zwalczania których zyskaliśmy w arsenobenzolu bardzo dzielny środek. Przetwór ten pozostanie zdobyczą wybitną dla leczenia kiły w ogólności tam, gdzie rtęć jest przeciwwskazaną z różnych przyczyn.

Z drugiej strony jednak nie można zaprzeczyć, że arsenobenzol nie może zniszczyć jadu w zupełności po jednem, czy więcej wstrzykiwaniach, że dotychczasowe leczenie tym przetworem nie chroni przed nawrotami, które nierzadko występują w krótkim czasie po leczeniu. Równocześnie musi się w ocenie uwzględniać, że ta nowa metoda leczenia, jakoteż dawkowanie jest jeszcze dotąd w okresie doświadczeń, że o trwałości działania tego przetworu na razie nie można wydawać żadnych wyroków. To też niepodobna przeprowadzać porównania co do trwałości działania między arsenobenzolem, a rtęcią, gdyż wcale nie wiemy, jakie dawki, czy sposoby użycia arsenobenzolu odpowiadają dotychczasowym sposobom leczenia rtęcią. Dotychczasowe spostrzeżenia odnoszą się do przypadków, leczonych 1—3 wstrzykiwaniami arsenobenzolu i spostrzeganych w stosunku do przebiegu kiły bardzo krótki czas; przyszłość zatem dopiero pokaże, jakie wyniki przyniesie okresowe leczenie tym przetworem, a z drugiej strony, co się stanie z tymi przypadkami, których leczenie ograniczyło się do jednego lub dwóch wstrzykiwań. Gdyby się jednak nawet okazało, że sam arsenobenzol nie zdoła uleczyć kiły, że rtęć wywiera trwalsze działanie, albo że najlepszem byłoby leczenie mieszane, t. j. rtęcią i arsenobenzolem, — to jednak zasługa badacza, który dał nam w ręce środek, działający wybitnie wtedy, gdy inne środki w działaniu zawodzą, pozostanie wielką.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński
demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

4) Odczyn z jadem okularnika.
(réaction d'activation du venin de cobra).

Calmette oraz jego uczniowie Breton, Guerin, Massol (Compt. rend. Acad. des sciences 30 marca, 21 maja 1908) wymyślili nową, ciekawą metodę rozpoznawczą gruźlicy, polegającą na pewnych własnościach surowicy gruźliczej wobec jadu węża z gatunku okularników.

Niektóre surowice, nawet unieczynnione przez ogrzanie w ciepłocie 58° C przez 1/2 godziny, jak to wiemy z prac Kyesa, Sachsa i Calmettea, posiadają własność uczynniania jadu okularnika wobec ciałek czerwonych różnych zwierząt (z wyjątkiem królika i świnki morskiej, których ciałka jad hemolizuje samoistnie), t. zn. sprawiają, że jad rozpuszcza te ciałka. Ci sami autorowie wykazali, że własność ta zależy od obecności w surowicy lecytyny lub ciał jej pokrewnych. Stąd dalszy wniosek, że surowice czyto człowieka zdrowego, czy zwierząt zdrowych nie zawierają lecytyny, więc też ogrzane, a następnie dodane do jadu węża nie uczynniają go; przeciwnie natomiast surowica człowieka dotkniętego gruźlicą ogrzana posiada tę własność, która objawia się tem, iż jad hemolizuje ciałka zwierząt (np. wołu, konia, kozy). Przypuścić więc można na podstawie tego, że surowica chorych na gruźlicę zawiera lecytynę, która ma pochodzić z rozpadu ciał bakteryi gruźliczych. Po dodaniu więc surowicy badanej do mieszaniny z ciałek czerwonych koyz

i jadu okularnika, nastąpi hemoliza w razie wyniku dodatniego odczynu, co przemawiać będzie za obecnością gruźlicy w danym wypadku.

Calmette, Mossol i Breton proponują jeszcze inny sposób zużytkowania tej własności dla wykrycia obecności lecytyny w surowicy człowieka dotkniętego gruźlicą, a to mianowicie zapomocą odczynu odchylenia komplementu (Bordet Gengou); udaje się to tembardziej, iż, jak stwierdzono, bakterye gruźlicze i tuberkulina posiadają wielkie powinowactwo do lecytyny. Gdy się więc zmiesza bakterye gruźlicze lub tuberkulinę z lecytyną, następnie doda się jadu okularnika i ciałek czerwonych wołu lub kozy, hemoliza nie nastąpi, ponieważ lecytyna została odchylona czyli związana przez tuberkulinę; gdy natomiast w tem samem doświadczeniu zamiast lecytyny użyje się surowicy badanej, ogrzanej, hemoliza pojawi się, jeżeli chodzi o człowieka zdrowego, nie będzie jej zaś, gdy chodzi o osobnika gruźliczego.

Weil i Nakayema (Münch. med. Woch. 1906. Nr 21) oraz Bezançon i H. de Sorbonnes (Journ. de physiol. et d'anat. path. grudzień 1909, styczeń 1910) wykazali, iż wykonywanie odczynu tym drugim sposobem podanym przez Calmettea, jest niewygodne, gdyż tuberkulina wywiera wpływ hamujący na hemolizę, natomiast prostszym i łatwiejszym jest sposób pierwszy, w którym nie wchodzi w grę tuberkulina, a który polega na zmieszaniu ciałek czerwonych kozy, jadu okularnika oraz surowicy badanej. Co się tyczy krytyki wyników, jakie odczyn ten daje, powołam się na zdanie Calmettea, który powiada, iż nigdy surowica noworodków oraz zdrowych ludzi (lub zwierząt) nie są zdolne uczynnić jadu kobry; surowice zaś gruźliczych okazują własność, lecz tylko w początkach zakażenia, a więc wtedy, gdy sprawa chorobowa nie doprowadziła jeszcze do znacznych spustoszeń w ustroju, jak np. u charłaczych lub wysoko gorączkujących. U zwierząt zdrowych można odczyn ten wywołać przez wstrzyknięcie śródżylne bakteryi gruźliczych, lub też przez wstrzyknięcie tuberkuliny.

Te doświadczenia pozwalają nam wysnuć wniosek, iż lecytyna oraz pokrewne jej substancye (lipoidy), uczynniając jad okularnika, mają ważne znaczenie w obronie ustroju; obecność ich jest niejako wskaźnikiem w danem zakażeniu. Gdy więc substancye te znikają po okresie, w którym się dały wykazać, świadczy to o zaostrzeniu się sprawy chorobowej (więc np. o podniesieniu się ciepłoty, czy pogorszenie się stanu chorego i t. p.). Zdaniem Calmettea odczyn ten jest czuły i mógłby oddać ważne usługi w rozpoznawaniu gruźlicy; powodem jednakże, dla którego nie przyjął się w praktyce klinicznej, jest trudność wystarania się o jad okularnika.

5) Odczyny anafilaktyczne.

Zasad anafilaksyi, odkrytych i opracowanych przez Richeta w r. 1902 oraz jego następców, rozwijać tu nie będę, gdyż przekraczałoby to ramy niniejszego przeglądu. Wspomnę tylko, iż wyżej opisane odczyny tuberkulinowe (skórne, spojówkowy), to nic innego, jak odczyny anafilaktyczne ustroju na ten sam jad, który został mu zaszczepiony pod jakąkolwiek postacią. Prócz tych metod starano się jednak zastosować odczyny anafilaktyczne do rozpoznawania gruźlicy pod inną postacią. Można przytoczyć dwa sposoby:

a) Mezières (Compt. rend. soc. biolog. str. 561 1904) poleca wstrzykiwać płyn podejrzany, np. krew lub surowicę, śwince morskiej gruźliczej w ilości 2—3 cm³; przypuszcza on, iż w płynie badanym, pochodzącym z osobnika gruźliczego, znajdzie się tuberkulina, która wywoła u świnki gruźliczej odczyn, objawiający się podniesieniem ciepłoty. To też po wstrzyknięciu bada się w krótkich odstępach czasu ciepłotę świnki przez 36 godzin. W przypadku dodatnim, t. j. gdy płyn badany pochodził od chorego gruźliczego, następują u świnki dwa wzniesienia ciepłoty, jedno po upływie 2—6 godzin po wstrzyknięciu, drugie po 24—30 godzinach: wzniesienia te powinny wynosić 1 lub 2 stopnie, by można im przypisać wartość rozpoznawczą.

b) Według drugiego sposobu wstrzykuje się śwince morskiej zdrowej najpierw płyn badany, w którym przypuszcza się obecność czy prątka gruźliczego, czy jego toksyny, a następnie dopiero tuberkulinę w ilości $^{1}/_{80}$ części kropli według polecenia Marmorka w pół godziny po pierwszem wstrzyknięciu (płynu badanego). Wzniesienie ciepłoty następuje szybko.

Metody te zawierają źródła błędów; przedewszystkiem ciepłota świnki morskiej, a zwłaszcza gruźliczej, jest zwykle bardzo wysoka (38—40°) i ulega wahaniom, stąd trudno kierować się wzniesieniem ciepłoty w ocenianiu wyniku odczynu; dalej samo wstrzyknięcie tuberkuliny bez poprzedniego wstrzyknięcia płynu patologicznego wywołuje już u świnki wysokie wzniesienia ciepłoty.

c) W końcu Yamanouchi (Wien. klin. Woch. Nr 47 1908) podaje sposób następujący: Wstrzykuje on królikowi, ważącemu 500—600 gr., do otrzewnej 5 cm³ płynu patologicznego, badanego (krew, surowica, wysięk opłucny lub otrzewny); w ten sposób, jak przypuszcza, wprawia królika w stan anafilaktyczny. Po dwu dniach wstrzykuje temu samemu królikowi śródżylnie 5 cm³ osadu, pozostałego na sączku po przesączeniu tuberkuliny Kocha, zawierającego ciała bakteryi gruźliczych, które po dokładnem zmacerowaniu rozcieńcza fizyologicznym roztworem soli w stosunku 1:200; często okazuje się potrzeba powtórzenia tego wstrzyknięcia po dobie. Jeśli płyn pierwotny pochodzi od osobnika gruźliczego, królik ginie po ostatniem wstrzyknięciu szybko w przeciągu kilku minut do kilku godzin wśród typowych objawów anafilaktycznych (duszność, drgawki i t. p.). Odczyn ten ma być bardzo czuły, ma być dodatni we wszystkich rodzajach i okresach gruźlicy, nawet w gruźlicy prosówkowej, oraz rozpadowej; ujemny zaś we wszystkich schorzeniach niegruźliczych, oraz w gruźlicy wyleczonej. Z tego, co dotąd wiemy o tej metodzie, wynikałoby, iż daje ona wyniki bardzo dobre; wymaga jednakże jeszcze bardzo dokładnych studyów, oraz krytycznego opracowania.

(Dokończenie nastąpi).

K. v. Stokar. **Die Syphilis-Behandlung mit Salvarsan.** (Lehmann's Verlag, München 1911, str. 40). 1,20 Mk.

Wedle kilkudziesięciu prac ogłoszonych w tym przedmiocie zestawia autor w krótki, a jasny sposób różne sposoby rozpuszczania, stosowania i dawkowania arsenobenzolu. Dalej przedstawia dotąd otrzymane wyniki leczenia w różnych postaciach kiły, działanie na krętki i na odczyn Wassermanna, wreszcie przypady uboczne po wstrzykiwaniach. Opisując w końcu przypadki niepomyślne i niektóre ciekawsze przypadki wyleczenia, wyjęte z dotychczasowego piśmiennictwa, wysnuwa wnioski co do przeciwwskazań i poddaje ocenie użycie tego nowego środka. Dużo szczegółów, zebranych w krótkich ustępach, daje jasny obraz dotąd otrzymanych wyników leczenia arsenobenzolem.

F. Krzyształowicz.

Wilhelm Hasslauer. **Die Ohrenheilkunde des praktischen Arztes.** Monachium. Nakład Lehmanna, 1911, str. 419. Cena 8 Mk.

W powodzi podręczników niemieckich przybywa nowy z przeznaczeniem w tytule dla praktycznego lekarza, pod godłem: Z praktyki dla praktyki. Drobiazgowe szczegóły, dotyczące badania, względnie leczenia, obficie ilustrowane, są zapewne po to, by pouczyć takiego lekarza, co nigdy nie miał sposobności obeznania się w czasie studyów uniwersyteckich choć z grubsza z badaniem i leczeniem chorób uszu, względnie górnych dróg oddechowych, albo po ukończeniu nauk nie uzupełniał swej wiedzy odbyciem dodatkowych praktycznych kursów. Czy jednak taki lekarz zdoła choćby z najlepiej i najprzystępniej napisanego podręcznika nabyć potrzebnej wiedzy dla praktyki, o tem można mieć różne zdania. Tu większą korzyść przyniesie choćby jednorazowy kurs sześciotygodniowy na obfitym materyale; podręcznik może służyć do oryentacyi w odno-

śnym dziale i odświeżenia wiadomości nabytych praktycznie.

Słusznie uznaje Hasslauer ważność badania, względnie leczenia zmian w nosie i w gardle, oraz w jamie nosowo-gardłowej w stosunku do pewnych spraw chorobowych ucha, uwzględnia zaś przytem — może zbyt obszernie — także różne sprawy chorobowe krtani, choć nie ulega wątpliwości, że w pewnych razach, jak w otalgii lub w przypadkach podejrzanych co do zakażenia kiłowego, powinny być dokładnie zbadane całe górne drogi oddechowe, a więc i krtań.

Lekarz praktyczny nie zdoła nigdy przy ogromie ciążącej na nim pracy zastąpić zupełnie pomocy specyalisty. Z korzyścią dla chorego jednak będzie, jeżeli lekarz praktyczny przyswoi sobie znajomość ogólną spraw chorobowych narządu słuchowego i możność zbadania. Leczenie właściwe lepiej, jeżeli zostanie skierowane do rąk specyalisty, których obecnie, zwłaszcza w Niemczech, posiadają już liczne miasta prowincyonalne; względnie, niech to leczenie, które w pewnych przypadkach mogłoby być podjęte przez lekarza ogólnie praktykującego, odbywa się po porozumieniu się z lekarzem specyalistą.

Podręcznik Hasslauera napisany jest zresztą z wielką znajomością przedmiotu i z pożytkiem przeczytać go mogą i lekarze fachowi, by skorzystać z osobistego doświadczenia autora; wydanie książki jest pod każdym względem staranne. A. Baurowicz.

Much. **Die Immunitätswissenschaft.** Würzburg. (Curt Kabitsch. [A. Stuber's Verlag] 1911. Stron 162, z 5 tablicami i 6 rysunkami w tekscie. Cena 7·20 Mk.).

Książka to naprawdę na czasie. Nauka o odporności tak rozrosła się dziś w kierunku teoretycznym i praktycznym, że nawet specyaliści zgubić się mogą w istnym lesie niezliczonych publikacyi i artykułów, i z trudnością przychodzi ugrupować mnóstwo faktów i spostrzeżeń, rozmaicie, nieraz sprzecznie tłómaczonych i wyjaśnianych, a mnożących się z dnia na dzień. Tem trudniej zoryentować się w nich studentowi medycyny i lekarzowi praktycznemu. Dla nich to przedewszystkiem rzeczywiście pożyteczne są dziełka, zestawiające wszystkie zdobycze nauki o odporności w treściwą całość. Książek takich niema dotąd wiele; oprócz dawniejszego dziełka Mucha, posiada piśmiennictwo niemieckie tylko jeszcze monografie Citrona i Wolff-Eisnera i trochę — zbyt już treściwych — broszur.

Dziełko Mucha ma jedną ważną zaletę, mianowicie liczy się na każdym kroku ze swem przedewszystkiem dydaktycznem przeznaczeniem, zapewne dzięki temu, że powstało z wykładów i ćwiczeń praktycznych, które autor przez szereg lat prowadził w szpitalu Hamburg-Eppendorf. Stąd też do każdego rozdziału dołączył opisy metod postępowania w takiej postaci, że lekarz, obeznany jako tako ze sposobami badania naukowego, zdoła z tych wskazówek praktycznie skorzystać.

Materyał podzielił autor na siedem części. W pierwszych dwu rozdziałach omawia odporność i jadowitość, oraz uodpornianie bierne i czynne. W trzecim rozdziale mówi o uodpornianiu przeciw jadom, w czwartym o bakteryach działających endotoksycznie, piąty rozdział poświęca sprawie anafilaksyi, szósty niwecznikom i ich zużytkowaniu rozpoznawczemu, przedstawiając w osobnych ustępach istotę i znaczenie oraz technikę odczynów: precypitacyjnego, aglutynacyjnego, bakteryolitycznego, opsonicznego, wiązania dopełniacza, anafilaktycznego i meiostagminowego. Z ostatnich trzech rozdziałów obejmuje jeden zastosowanie serologii w psychiatryi, następny metodologię uodpornienia czynnego, a końcowy zestawia zastosowanie nauki o odporności do poszczególnych chorób. Choroby te grupuje autor w sposób następujący: choroby wywołane 1) przez toksyny, 2) przez endotoksyny, 3) pierwotniakowe, 4) nowotwory, 5) choroby przenośne ze zwierząt, 6) choroby wywołane przez bakterye kwasoodporne.

Wreszcie zaznaczyć należy, że autor świadomie, jak sam podnosi w przedmowie, stara się większy nacisk położyć na stronę leczniczą, ostrzegając przed przecenianiem znaczenia metod rozpoznawczych. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

B. Schwetzer. **Dostanie się wody kąpielowej do pochwy.** (Arch. f. Gynaek. t. 92 z. 1). Doświadczenia autora, przeprowadzone na 22 wieloródkach ciężarnych, wykazały, że w połowie przypadków woda kąpielowa wchodzi do pochwy, szczególnie, jeżeli srom jest ziejący, i że obmywania zewnętrznych części płciowych w kąpieli bardzo ułatwiają dostanie się wody kąpielowej do pochwy nawet u wieloródek, mających srom prawidłowy. Doświadczenia, przeprowadzone na nieciężarnych, które wprawdzie rodziły, ale krocze miały utrzymane, wykazały, że u nich woda o wiele łatwiej dostaje się do pochwy, aniżeli u ciężarnych. Różnica takiego różnego zachowania się polega zdaniem autora na tem, że u ciężarnych z powodu rozpulchnienia i obrzmienia błony śluzowej pochwy, ściany pochwy, stykając się ze sobą na większej przestrzeni, zamykają niejako wejście do pochwy. Badania powyższe mają znaczenie praktyczne, rzucając pewne światło na powstanie zakażenia połogowego. Dostanie się bowiem wody kąpielowej do pochwy umożliwia równocześnie wtargnięcie drobnoustrojów chorobotwórczych do narządu rodnego, a zarazem rozcieńcza wydzielinę pochwową, działającą wybitnie bakteryobójczo. Z tych powodów kąpiele pełne nie są polecenia godne dla ciężarnych, a szczególnie dla rodzących. O ile bowiem u ciężarnych można się spodziewać, że do wystąpienia porodu warunki w pochwie jeszcze się zmienią i wydzielina jej odzyska znowu stan prawidłowy, chroniący przed zakażeniem, to u rodzących, gdzie niema już czasu, aby rozcieńczona wydzielina pochwy zniszczyła drobnoustroje, należy kąpiel jako niebezpieczną zarzucić. E. Ehrenpreis.

Sauerbruch i Heyde. **Badania nad przyczynami występowania porodu.** (Münch. med Woch. 1910 Nr 50). W pracy swej, dokonanej w chirurgicznej klinice w Marburgu, starali się autorowie dociec przyczyny porodu, zachęceni ciekawemi spostrzeżeniami u sióstr syamskich Blatschek, z których jedna, jak wiadomo, zaszła w ciążę i urodziła. W toku ciąży jednej siostry zjawiły się u drugiej nieciężarnej siostry cechy ciąży, jak nabrzmienie piersi, zmiany barwikowe i t. p. S. i H. łączyli doświadczalnie (parabioza) dwa zwierzęta ze sobą, ciężarne z nieciężarnemi i ciężarne z ciężarnemi, a to w celu przekonania się o wpływie porodu jednego zwierzęcia na drugie z niem złączone. Do doświadczeń używali szczurów. Z doświadczeń tych doszli do następujących ciekawych wyników: 1) W razie połączenia w pierwszych okresach ciąży zwierzęcia ciężarnego z drugiem nieciężarnem, nie zauważa się w czasie porodu żadnych zmian. 2) Natomiast gdy połączenie nastąpiło niedługo przed porodem, wtedy zwierzę nieciężarne zapada już przed porodem drugiego ciężko na zdrowiu. 3) Przy połączeniu zwierzęcia pod koniec ciąży z drugiem, będącem w początkach ciąży, nieraz poród u pierwszego wywołuje poronienie u drugiego. Fakta te dowodzą, że pod koniec ciąży wytwarzają się w ustroju substancye, trujące dla osobników obcych, nieszkodliwe dla własnego ustroju. Bardzo możebną jest rzeczą, że nagromadzenie się zbytnie tych substancyi wywołuje właśnie akt porodu. Być też może, że nadmierna ich ilość, czy nieodpowiednia jakość wywołuje rzucawkę lub inne objawy patologiczne ciąży, jak wymioty ciężarnych i t. p. Substancye te są może analogiczne do hormonów Starlinga, wywołujących rozrost sutków w ciąży i t. p. K.

Döderlein. **Łożysko przodujące i pochwowe cięcie macicy (hysterotomia vaginalis anterior).** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Autor leczy każdy przypadek łożyska przodującego — jeżeli dało się przewidzieć, że krwawienie nie ustanie po przebiciu pęcherza płodowego — przez szybkie ukończenie porodu zapomocą przedniego cięcia macicznego drogą pochwową (pochwowe cięcie cesarskie Dührssena). Po otwarciu jamy macicznej wykonuje D. obrót i wyciągnięcie płodu, wyjmuje łożysko, tamponuje szczelnie jamę macicy i w końcu zeszywa znowu ranę maciczno-pochwową. Operacyę tę wykonuje D. bez względu na rodzaj łożyska przodującego (centralne czy brzeżne), na jego położenie (przednie czy tylne), i na rozwój płodu (donoszone czy nie), a wyniki są dobre i zachęcające. Na 34 w ten sposób leczonych przypadków umarła tylko jedna kobieta, która już tamponowana i z gorączką wstąpiła do kliniki, śmierć jej nie była więc następstwem zabiegu, tem bardziej że nastąpiła dopiero w 3 tygodnie po porodzie z powodu połogowych zakrzepów żylnych; 25 kobiet odbyło połóg bezgorączkowo, 6 gorączkowało przejściowo, tak że u 31 połóg był prawidłowy; tylko dwie gorączkowały dłużej. Najważniejszą zaletą powyższego postępowania jest to, że w żadnym przypadku nie wystąpiło większe krwawienie po porodzie, najgroźniejsze dla tych i tak już zwykle bardzo niedokrwistych położnic i że poród można każdej chwili szybko ukończyć, szczegół, ważny dla życia płodu. To też wyniki operacyjne były i dla płodów bardzo zadowalniające. Żywych dzieci urodziło się 14; uwzględniwszy jednak, że 15 płodów, przedwcześnie urodzonych, nie było zdolnych do życia (niżej 2000 gr.), a trzy płody nie żyły już z chwilą wstąpienia rodzących do kliniki, zostaje tylko 16 płodów, z których uratowano $14 = 87{\cdot}5\%$; są to tak dobre wyniki dla matek i płodów, jakich nie zapewnia żadna inna metoda lecznicza. Rozumie się samo przez się, że postępowanie powyższe nadaje się tylko dla zakładów leczniczych, nie nadaje się zaś wcale dla praktyki prywatnej; w tej praktyce przebicie pęcherza płodowego, tamponada, metreuryza i obrót skombinowany według Braxtona Hicksa, będą zawsze postępowaniem klasycznem. E. Ehrenpreis.

H. Fehling. **Zasady i doświadczenia w leczeniu ciąży jajowodowej wczesnych miesięcy.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 1). Każdą ciążę zewnątrzmaciczną należy traktować jak nowotwór złośliwy, zagrażający życiu kobiety, t. zn. należy ją o ile możności jak najwcześniej operacyjnie usunąć. Zasada ta dotyczy zarówno przypadków utrzymanych jeszcze ciąży zewnątrzmacicznych, jak i tych, w których nastąpiło pęknięcie względnie poronienie do jamy brzusznej. Wyczekiwanie w tych ostatnich przypadkach, aż przejdzie zapad i chora przyjdzie do siebie, nie jest uzasadnione. Z podskórnemi wstrzykiwaniami soli kuchennej należy czekać aż do podwiązania źródła krwotoku, aby nie podnosić za wcześnie ciśnienia krwi; co najwyżej można przed operacyą podać kamforę celem rozpoczęcia uśpienia (eterowego). Postępując w ten sposób w najbardziej nawet rozpaczliwych przypadkach, można nieraz uratować kobietę, która zresztą byłaby na pewne stracona. Co się tyczy krwisteków zamacicznych (haematocele retrouter.) przeważa obecnie również postępowanie operacyjne. Upoważnia do tego z jednej strony zupełny brak niebezpieczeństwa operacyjnego, a z drugiej długie leczenie zachowawcze i skłonność do nawrotów; nawet po pozornem wyleczeniu mogą u takich chorych po latach jeszcze wystąpić świeże sprawy zapalne na otrzewnej miednicy, szczególnie po — małych nawet — zabiegach śródmacicznych (skrobanie); operować należy zawsze drogą jamy brzusznej, przyczem krew tamże wylaną jak najdokładniej usunąć. Korzyść z pozostawienia jej jest dla ustroju bardzo mała lub żadna, a niebezpieczeństwo z powodu tego, że krew ta stanowi dobre podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, niemałe. Autor poleca drogę brzuszną także przy operacyi krwisteku, tem bardziej, że czasem nie ma się aż do operacyi jasnego pojęcia o siedzibie ciąży zewnątrzmacicznej i krwistek wytwarza się nieraz właśnie po przeciwnej stronie. Przez otwarcie jamy brzusznej można się łatwo zoryentować, lepiej przeglądnąć zrosty z jelitami, szybciej i dokładniej zatamować krwawienie, a nadto zbadać przy tej sposobności stronę drugą i zmiany chorobowe usunąć. Operowanie przez pochwę znacznie utrudnia oryentowanie się, jest bardziej krwawe, leczenie pooperacyjne jest po niem bardziej zawikłane i dłużej trwające, a prócz tego przez wtargnięcie drobnoustrojów pochwowych łatwo może powstać rozkład treści nawet mimo sączkowania. Droga pochwowa jest natomiast wskazana tylko przy gnilnym rozkładzie krwisteku, lub jeżeli przy podniesionej ciepłocie ciała nakłucie próbne wykaże w otrzymanej krwi drobnoustroje. E. Ehrenpreis.

J. F. M. Hammacher. **Przypadek ciąży otrzewnej (brzusznej).** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 2). Większość autorów zaprzecza możliwości ciąży otrzewnej. Autor opisuje przypadek, który ze względu na wynik badania histologicznego nie ulega żadnej wątpliwości i dowodzi, że usadowienie i rozwój jaja płodowego na otrzewnej jest możliwe. Preperat autora wykazuje: 1) wyraźne zmiany ciążowe w błonie surowiczej i podsurowiczej prawego jajowodu (kosmki i pokłady syncytyalne), które co do rozwoju odpowiadają ciąży 4-tygodniowej; 2) zupełny brak zmian i produktów ciążowych w świetle jajowodu, jego błonie śluzowej, podśluzowej i mięsnej, które wykazują zupełnie prawidłową budowę; 3) obecność krótkiego jajowodu dodatkowego, otwierającego się do jamy brzusznej, który również nie okazuje żadnych zmian ciążowych; 4) zupełnie prawidłowy stan strzępka; 5) macica i reszta przydatków także po stronie drugiej zupełnie prawidłowe. Autor twierdzi więc na podstawie tego wyniku badania, że w danym przypadku chodziło o ciążę, która pierwotnie usadowiła i rozwinęła się na błonie surowiczej prawego jajowodu, a więc na otrzewnej. W następstwie przekrwienia ciążowego rozrosły i rozszerzyły się naczynia podsurowicze, a w błonie surowiczej rozwinęły się przestrzenie międzykosmkowe. Ponieważ jednak wszystkie te przestrzenie i żyły były bardzo cienkie, musiało w końcu dojść — z powodu wzmagającego się ciśnienia krwi — do pęknięcia ich ścian i silnego krwotoku wewnętrznego. Leczenie polegało na natychmiastowem operacyjnem usunięciu jajowodu, poczem chora wyzdrowiała. E. Ehrenpreis.

Prof. Kroemer. **Rozwój pojęcia i znaczenie „phlegmasia alba dolens“.** (Arch. f. Gyn. tom 92, zesz. 2). Po omówieniu historycznego rozwoju pojęcia »phlegmasia« podaje autor własne spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne. »Phlegmasia alba dolens«, przedstawiająca się jako biały, bolesny obrzęk uda, jest objawem, towarzyszącym chorobowemu zajęciu żył wychodzących z macicy i polega na wstecznem zatrzymaniu się zapalnie zmienionej i łatwo krzepliwej limfy, jako odczyn okołożylny w następstwie zakaźnego zapalenia żył miednicy. Sprawa kończy się zwykle zupełnem zakrzepowem zamknięciem żył miednicy i kończyny, wskutek czego do początkowego zatrzymania się limfy w zakresie uda dołącza się w końcu ogólny obrzęk całej dolnej kończyny. Biały bolesny obrzęk uda nie ma więc nic wspólnego z naciekiem ropnym, który może wyjątkowo przebiegać równocześnie, ale jako sprawa odrębna (phlegmone). To jest też przyczyną, że »phlegmasia« trwa wprawdzie długo, ma jednak przebieg prawie zawsze pomyślny, natomiast ropowica, »phlegmone«, t. j. naciek ropny postępujący (z miednicy na kończynę) ma przebieg prawie zawsze złośliwy i kończy się najczęściej śmiercią położnicy. Bumm tłómaczy to tem, że przy »phlegmasia« sprawę chorobową wywołują tylko słabo żywotne paciorkowce, przechodzące powoli z macicy do żyły, a nadto posiadając — jak przy róży — własności tylko zapalnotwórcze a nie ropotwórcze, wywywołują też tylko zapalenie żył zakrzepowe, w następstwie którego wytwarza się obraz »phlegmasiae«. Za taką przyrodą sprawy chorobowej przemawia też spostrzeganie kliniczne, a mianowicie ostro występujący ból w początku choroby, połączony często z dreszczami, dalej fakt, że »phlegmasia«

występuje nierzadko nagle po nieznacznych nawet zabiegach śródmacicznych, wyczuwanie twardych postronków żylnych po ustąpieniu obrzęku i wreszcie łatwe przejście sprawy chorobowej z jednej kończyny na drugą. Natomiast paciorkowce bardzo żywotne, wyszedlszy z macicy, mogą już zaraz z początku choroby wywołać sprawę ropną, szerzącą się z miednicy ku dołowi w postaci ropowicy.

E. Ehrenpreis.

Higiena.

Prof. K. B. Lehmann. **Studya nad gazami i parami ważnemi ze względów technicznych i higienicznych. Gorączka odlewaczy czyli cynkowa.** (Arch. f. Hygiene T. 73). Gorączkę odlewaczy łatwo wywołać u człowieka przez pracę z silnie roztopionym cynkiem chemicznie czystym; jest ona bezpośredniem lub pośredniem zatruciem cynkiem. Na podstawie stwierdzenia bardzo małej ilości Zn w moczu, zbioru objawów chorobowych, oraz szybkiego ich ustąpienia należy przyjąć, że właściwą przyczyną choroby jest wessanie obumarłych komórek i bakteryi przewodu oddechowego, pod wpływem Zn zmienionych. W ciężkich przypadkach możliwe jest powikłanie zatrucia z zakażeniem bakteryami, należy to jednak do rzadkości. Cynk wnika do dróg oddechowych nie jako para, lecz jako tlenek. Przeciwdziałać zatruciu nie można na drodze środków indywidualnych, natomiast koniecznie należy usuwać pary tlenku cynkowego z pracowni ogólnemi urządzeniami technicznemi.

L. Bier.

E. Rost. **Czy siarczyn sodowy oddziaływa tylko jako sól, czy oprócz tego swoiście na przemianę białka u psa?** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte T 34). Obojętny siarczyn sodowy podawany psu, żywionemu dziennie 30,6 gr N, u którego znana była przemiana azotu w ilościach większych (około 1—1,2 soli bezwodnej na 1 kg. wagi psa) nie oddziaływał szczególnie na przemianę materyi, lecz tak, jak wogóle sole obojętne, oraz fosforan, octan i węglan sodowy i jak boraks. Wpływ ten objawiał się zatrzymywaniem wzgl. gromadzeniem azotu w razie dostatecznej ilości wody w ustroju, w razie jej braku zwiększeniem straty azotu. Nadmierną tę stratę można było zmniejszyć, a nawet powstrzymać przez wprowadzenie do ustroju większej ilości wody. Spostrzeżony wpływ na przemianę materyi należałoby odnieść głównie do produktu utlenienia siarczynu-siarkanu. Wprawdzie nie można było zauważyć właściwego dla siarkanu działania na jelita — oddziałującego ujemnie na przemianę materyi — tłómaczyć to jednak należy powolnem utlenianiem się spożywanego siarczynu na siarkan. Nawet po największych dawkach ilość azotu i wody w kale wzrastała tylko nieznacznie. Nieudało się też zauważyć jakichkolwiek zaburzeń w stanie zdrowia, pożądania pokarmu, jakoteż objawów zatrucia u psa żywionego, mimo że podawano mu dziennie ilości, dochodzące do 70 gr. siarczynu w pokarmie, zaś ilość spożytej soli w ciągu 26 dni wyniosła 415 gr., a w ciągu dalszych dni 6 nawet 390 gr.

L. Bier.

A. Gaertner. **Czy sporządzane z mieszanek ołowianych zabawki dziecięce są dla zdrowia szkodliwe?** (Vjschrift f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen T. 40). Z doniesień o zatruciach ołowiem, zawartych w produktach spożywczych, używkach i wodzie, oraz z doświadczeń na zwierzętach należy wnosić, że ilości spożytego ołowiu, wywołujące objawy chorobowe, nie są tak małe, jak zazwyczaj się przypuszcza. Jeżeli wywołują objawy zatrucia ołowiem, ilość spożytego dziennie ołowiu wynosi — przy codziennem dwukrotnem spożywaniu przez kilka miesięcy — najmniej 4 do 7 mg. Przy spożyciu 60—70 mg. dziennie potrzeba 3 do 4 tygodni, zanim ujawnią się objawy zatrucia. W zawodach drukarskim, malarskim i u robotników, wykonujących czcionki, objawy zatrucia występują średnio dopiero po 5, a nawet 10 latach. Dzienne dawki poniżej 0,35 mg. należy uważać za nieszkodliwe; doświadczenia na zwierzętach stwierdzają bez zastrzeżeń, że ilości dzienne od 5 do 10 mg. wynoszące, spożywane w ciągu 5 tygodni, nie wywołują żadnej szkody. Dla człowieka szkodliwa dawka dzienna użyta w ciągu 3 do 4 tygodni, wynosi najprawdopodobniej więcej niż 10-krotną ilość 0,35 mg. Nieznana jest żadna szczególniejsza skłonność wieku dziecięcego do zatrucia ołowiem; nie podaje też literatura toksykologiczna faktu, by zabawki dziecinne, zawierające nieraz 33% ołowiu, spowodowały zatrucia u dzieci. Ślina, nawet — pod wpływem niektórych potraw — kwaśna, nie rozpuszcza ołowiu. Ilość ołowiu metalicznego startego lub ugryzionego wśród zabawy przez dzieci wynieść może na godzinę 1 — 2 mg., z tej zaś ilości rozpuści się najprawdopodobniej tylko 0,02—0,03 mg. Dzieci nie gryzą zabawek przez czas dłuższy, na tej drodze nie mogą też zabawki oddziaływać szkodliwie. Tem mniej mogą oddziałać trująco za pośrednictwem skóry. Na podstawie powyższych rozważań oraz faktu, że w literaturze brak stwierdzenia choćby jednego przypadku zatrucia zabawkami, zawierającemi ołów, dochodzi autor do wniosku, że ze względu na zawartość ołowiu w zabawkach dziecinnych niema dostatecznej podstawy do ograniczeń przemysłu przy wyrobie zabawek.

(Powyższe rozważania i na nich oparte stanowisko autora, mimo dobrego jego imienia naukowego muszą znaleść potwierdzenie, zanim spowodują zmianę w ogólnie przyjętych poglądach i istniejących ustawowych rozporządzeniach wielu państw kulturalnych. Przypisek sprawozdawcy).

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1911 r.

Obecnych członków 60, gości 30. Przewodniczący kol. Prof Cybulski.

1) Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący wita w krótkich, serdecznych słowach zebranych Kolegów, zwracając się do nich z prośbą, zwłaszcza do młodszych członków, by zechcieli brać żywy udział w posiedzeniach Towarzystwa, zabierać głos w dyskusyach, zyskiwać nowych członków, wogóle przyczyniać się wszelkimi sposobami do ożywienia Towarzystwa.

3) Przez głosowanie przyjęto 4 nowych członków: Dr Reginę Korngoldównę, Dr Adama Kramarzyńskiego, Dr Jana Landaua młodszego, Dr Stanisława Zamorskiego, wszystkich z Krakowa. Bez głosowania przyjęto w poczet członków kol. Tadeusza Józefczyka, lekarza sztabowego z Krakowa.

4) Kol. Prof. Reiss przedstawia:

a) Chorego z **sarcoma haemorrhagicum idiopathicum pigmentosum Kaposi (acrosarcoma),** leczonego przetworem Ehrlicha. Z powodu podeszłego wieku i miażdżycy tętnic zastosowano dwukrotnie małą dawkę arsenobenzolu (0,30), drugi raz po upływie 4 tygodni. Wszystkie nowotworowe nacieki przypłaszczyły się, zwłaszcza na grzbiecie rąk i nóg. Zwróciwszy uwagę na małą dawkę przetworu, należy zaznaczyć, iż arsenobenzol może zadziałać w tej sprawie chorobowej szybciej od nieorganicznych związków arsenu, których zwykle używamy w tej chorobie.

b) Chorą z **lichen planus universalis,** u której po jednem wstrzyknięciu arsenobenzolu (0,40) wszystkie niemal guzki uległy zupełnemu przypłaszczeniu, na kończynach zaś górnych i dolnych, gdzie się znajdowały najrozleglejsze zmiany w postaci zlewających się z sobą nacieków barwy sinofioletowej, pozostały już tylko barwikowe plamy.

c) Chorą ze **sclerodermia faciei et extremitatum** (sclerodactylia) z daleko posuniętemi zanikowemi zmianami w mięśniach i ubytkami kilku członków palców (mutilationes). Chorą leczono wstrzykiwaniami fibrolizyny (tiosinaminy) po 0,20, co 2—3 dni, oprócz gorących, miejscowych kąpieli i miesienia. Obraz chorobowy na kończynach bardzo zbliżony do zmian w syringomyelii (choroba Morvana).

d) Chorą z **xeroderma pigmentosum Kaposi** z rozległemi zmianami na twarzy i górnych kończynach. Na skórze twarzy oprócz bardzo gęstych zmian barwikowych liczne zanikowe ogniska i rozszerzenia drobnych gałązek naczyniowych, a na tle tych zmian kilka nowotworów w rozmaitych okresach rozwoju. Największy guz, wielkości dużej śliwki, wychodzący z wewnętrznego kąta dolnej powieki, wycięto niedawno (kol. Prof. Rutkowski), inne ogniska usunie się drogą elektrolizy.

e) Chorą, **leczoną** w klinice we wrześniu z. r. **sposobem Ehrlicha** z powodu pierwotnego wrzodu na sutku z następową wysypką plamisto-guzkową. Chorej wstrzyknięto 0,60 arsenobenzolu; zmiany w zupełności ustąpiły. Odczyn Wassermanna aż do końca grudnia stale ujemny (badano 4 razy, ostatni raz 24 grudnia). Z początkiem stycznia b. r. wystąpiły objawy kiły mózgowej, mianowicie silne bóle głowy, nudności, wymioty, poczem wkrótce pojawiło się przemijające porażenie lewego nerwu twarzowego. Odczyn Wassermanna (8 stycznia) znowu wyraźnie dodatni, wobec czego wstrzyknięto chorej znowu 0,60 arsenobenzolu. Objawy zaczęły bardzo szybko z dnia na dzień ustępować. Obecnie bólu głowy i objawów poraźnych niema wcale, mimo to chorą podda się niebawem systematycznemu leczeniu rtęciowemu. (Streszczenie własne).

5) Kol. Prof. Kader przedstawia:

a) Chorego, l. 25, któremu **wszczepił** przed 8 miesiącami na miejsce wyciętego górnego końca lewej kości udowej **kość ze świeżych ludzkich zwłok**. Powodem wycięcia były zmiany w główce i szyjce kości udowej, wzięte w rozpoznaniu za nowotwór, albo daleko posuniętą zmianę »arthritis deformans«. Badanie wyciętej kości potwierdziło to ostatnie rozpoznanie. Kość do wszczepienia uzyskano ze zwłok chorego, który zmarł z powodu niedrożności jelit (ileus duodenalis arterio-mesenterialis), w trzy godziny po śmierci. W warunkach najściślejszej aseptyki operacyjnej wycięto na zwłokach podokostnie górny koniec kości udowej i przechowano go aż do wszczepienia (16 godzin) w 750 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 15 kropel chloroformu. Przebieg pooperacyjny gładki. Wgojenie się kości doraźne. Obecnie chory chodzi w gipsowym opatrunku typu Dollingera; bólów niema. Co do zachowania się wszczepionej kości — zdaje się — ulega ona bardzo powolnemu wessaniu, o ile można sądzić z porównania rentgenogramów, zdjętych w różnych odstępach po operacyi. Jestto drugi tego rodzaju przypadek o pomyślnym przebiegu. Pierwszy należy do Küttnera, który jednak spostrzegał go do chwili przedstawienia na Zjeździe w Berlinie 1910 r. — tylko 6 tygodni, podczas gdy przypadek kol. Kadera ma już 8 miesięcy za sobą.

b) Chorą l. 42, po bardzo znacznej **resekcyi pęcherza moczowego z powodu licznych rozległych brodawczaków.** Pęcherzowe końce moczowodów musiał K. resekować i wszczepić do nowowytworzonego małego pęcherza, którego pojemność wynosiła zrazu 30 cm³, obecnie dochodzi do 200. Rana dobrze zagojona, nawrotu dotychczas niema (9 miesięcy). Dostęp do pęcherza uzyskano zapomocą płatowego cięcia, obejmującego dolne końce prostych mięśni brzucha wraz z górną połową kości łonowych. Sposób ten, podany przez kol. Kadera, daje doskonały dostęp, a nie upośledza ani ściany brzusznej, ani pierścienia miednicznego. Dotychczas stosowano ten sposób w klinice krakowskiej w 4 przypadkach. Prócz tego posługuje się nim kol. K. celem łatwiejszego dostania się do nowotworów kiszki prostej i esicy w małej miednicy. Dostęp doskonały. Tak operował dwa przypadki.

c) Chorego l. 52, operowanego z powodu **przerostu gruczołu krokowego**, z zupełnem zatrzymaniem moczu i rozdęciem pęcherza do 1000 cm³. Kol. K. wykonał nadłonowe wycięcie sterczu. Wynik doskonały. Mocz oddaje chory sam, odczuwając co kilka godzin potrzebę; zalegania moczu niema. Obecnie 3 tygodnie od operacyi, chory chodzi, czując się zupełnie zdrowym, jak przed chorobą. Kol. Kader podnosi techniczną dogodność metody nadłonowej w przeciwieństwie do technicznie trudnej metody kroczowej z jej różnemi odmianami, która w mniej doświadczonem ręku, aniżeli Prof. Rydygiera, wywołuje uboczne uszkodzenia i pozostawia przetoki moczowe.

d) Dalej okazuje preparat **wyrostka robaczkowego**, wyciętego u 22-letniego chorego w niespełna 6 godzin od początku napadu. W jamie brzusznej znaleziono już wyraźny początek rozlanego zapalenia otrzewnej wskutek pęknięcia otorbionego ropnia, jaki powstał za poprzednim napadem zapalenia przed kilku tygodniami. e) Wreszcie przedstawia **wyrostek robaczkowy**, usunięty na zimno u chorego t. zw. wyleczonego, zamieniony w ropną torbiel o cienkich ścianach, gotową pęknąć za najlżejszym urazem, a nie dającą żadnych objawów.

6) Kol. Radliński przedstawia a) chorego, l. 39, któremu musiał wytworzyć na twarzy z powodu nawrotu **po operacyi raka dolnej wargi** ubytek około 90 cm², obejmujący połowę obu warg i policzek. **Pokrycie plastyczne** z sąsiednich części lub szyi było niemożliwe; dlatego użyto uszypułowanego płatu **z ramienia** na wzór rynoplastyki Tagliacozza. Z wyjątkiem kawałka, o 16 cm² powierzchni, płat przyjął się. Obecnie wystarczy już nieznaczna dodatkowa operacya plastyczna. b) Chorą, l. 48, u której wykonał **umocowanie wątroby** (hepatopexia) z powodu jej opadnięcia. Wśród operacyi przymocował prawy płat do łuku żebrowego trzema materacowymi szwami z grubego katgutu, a prócz tego dokonał podsurowiczego wycięcia woreczka żółciowego i wyzyskał surowiczą pochewkę, jakby dodatkowe obłe więzadło (lig. teres), umocowując ją również do łuku żebrowego podług Haaslera. Obecnie w 6 tygodni po operacyi można stwierdzić przez opukiwanie wątrobę w prawidłowem położeniu; niemacalna. Równocześnie wykonano u tej samej chorej doszczętną operacyę przepukliny udowej sposobem Kadera-Radlińskiego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza kol. prym. Borzęcki, że przypadek »sarcoma idiopathicum Kaposi« ma tę wspólną cechę z większością u nas spostrzeganych, iż tyczy się starszego mężczyzny, wyznania mojżeszowego. Co do przypadku »lichen ruber planus«, to wynik leczniczy, otrzymany po jednorazowem wstrzyknięciu »606«, jest bardzo dodatni, gdyż większość zmian ustąpiła z pozostawieniem tylko plam barwikowych, wynik, jaki osiągamy dotychczasowem leczeniem przetworami arsenu dopiero po szeregu tygodni. Nawiązując do chorej z wrzodem pierwotnym na sutku, zaznacza kol. prym. Borzęcki, że przypadek ten nie bardzo przemawia na korzyść »606«, spostrzegał bowiem podobny przypadek, tyczący się chorego, który nabawił się kiły przed dwoma laty. Przebył tylko jedno leczenie rtęciowe; w listopadzie z. r. zastosowano przetwór Ehrlicha, poczem w dwa tygodnie wystąpiło wśród bolów głowy i nudności porażenie połowicze. Odczyn Wassermanna ma bezsprzecznie pierwszorzędne znaczenie, jako środek rozpoznawczy, nie można mu jednak przyznać tej wartości i polegać na jego wyniku, jeżeli chodzi o okres kiły wczesnej po przeprowadzeniu leczenia tym, lub innym sposobem. Wiemy przecie, że i po energicznem leczeniu przetworami rtęci udaje się nam zmienić odczyn poprzednio dodatni na ujemny, co nie oznacza bynajmniej uwolnienia ustroju od zarazków kiły; dlatego leczymy tych chorych dalej. Wnosząc z dotychczasowych spostrzeżeń, co do przetworu Ehrlicha można jedno na pewne twierdzić, t. j., że w tych wyjątkowych przypadkach kiły, zwłaszcza trzeciorzędnej, w których

dotychczasowe środki nie dają polepszenia, może nam odda środek Ehrlicha usługi pierwszorzędnej wartości. (Streszczenie własne).

Prezes: N. Cybulski.
Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Walne Zgromadzenie Delegatów d. 19. II. 1911 we Lwowie.

1) Zgromadzenie zagaił prezes Towarzystwa, r. dw. Merunowicz, przy nader licznym udziale delegatów, wśród których znajdowało się po raz pierwszy 9 delegatów Towarzystwa lek. krakowskiego, jako »oddziału« Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

2) Przewodniczącym Zgromadzenia obrano przez aklamacyę Prof. Kostaneckiego z Krakowa, zastępcą jego Dra Jabłońskiego, sekretarzem Dra Zabłockiego.

3) Przyjęto protokół Walnego Zgromadzenia z 4. VII. 1909.

4) Prezes r. dw. Dr Merunowicz przedstawił, jako referent, główne punkta ze sprawozdań Rady zawiadowczej za lata 1909 i 1910, przytaczając zarazem powody, dla których w r. 1910 nie było Walnego Zgromadzenia. (Powody te wyłuszczyła Rada zawiadowcza w sprawozdaniu za rok 1909, rozesłanem przed paru tygodniami członkom Towarzystwa).

Ze sprawozdania za r. 1910 zasługują na wzmiankę następujące szczegóły: W roku tym weszła w życie nowa ustawa Towarzystwa l. g., nadająca Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu i krakowskiemu prawa autonomicznych oddziałów Towarzystwa l. g., a wszystkim członkom prawo do otrzymywania obu organów Towarzystwa l. g., t. j. »Przeglądu lek.« i »Tygodnika lek.« — Z końcem r. 1910 liczyło całe Towarzystwo około 830 członków (w tem 20 oddziałów prowincyonalnych — 361 członków, reszta przypada na Lwów i Kraków). Dochody z opłat członków oddziałów prowincyonalnych wynosiły 8260 K.; zaległości w tym dziale wynoszą 10.709 K. Z darów wpłynęło 2663 K. 26 h. Fundusze pensyjne dla wdów i sierot wzrosły w r. 1910 o kwotę 28.981 K. 11 h. Czysty majątek Towarzystwa wynosił z końcem r. 1910 kwotę 611.500 K. Na pensye stałe dla wdów i sierot po 26 lekarzach wydano 8150 K., na jednorazowe zapomogi dla 28 wdów lub sierot i jednego lekarza 5425 K. Towarzystwo sprzedało z zyskiem dom swego funduszu pensyjnego we Lwowie i zdążało do uregulowania sprawy fundacyi im. Stillerów (Morszyna), której długi zmniejszyć zdołano o 4018·43 K., głównie przez czysty dochód (3062·98 K.), uzyskany z gospodarki w Morszynie. Ruch w tem zdrojowisku zwiększył się, wymaga ono jednak inwestycyi; jeżeliby im Towarzystwo nie mogło podołać, należałoby ewentualnie Morszyn sprzedać. Dla uzyskania swobody postępowania zarówno co do inwestycyi, jak i ewentualnej sprzedaży, konieczne jest jednak zrzeczenie się ze strony kraju t. zw. »prawa substytucyi powierniczej«. Za staraniem Rady zaw. oświadczył Wydział krajowy gotowość przedłożenia odpowiedniego wniosku Sejmowi. Po zrzeczeniu się przez kraj tego prawa, będzie można podjąć starania o stosowną zmianę aktu fundacyjnego fundacyi im. Stillerów.

5) Na wniosek komisyi rewizyjnej, której sprawozdanie za r. 1909 przedstawił Prof. Machek, a za r. 1910 Dr St. Schoengut, uchwalono Radzie zawiadowczej udzielić absolutoryum i wyrazić podziękowanie.

6) Sprawozdanie i wnioski Rady zawiadowczej, tyczące się administracyi Morszyna na zasadzie wniosków komisyi Morszyńskiej przedstawił referent Prof. Rencki. Nad sprawozdaniem tem rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której przemawiali Dr Schoengut. Prof. Rencki, Machek, r. dw. Merunowicz, Prof. Gluziński, Sieradzki, Dobrowolski, Dr Mikołajski i Dr Pisek. — Sprawozdanie i wnioski w sprawie Morszyna przyjęto i uchwalono wybrać dla dalszego prowadzenia sprawy Morszyna komisyę, złożoną z 3 członków (Prof. Machek i Rencki ze Lwowa, oraz Dr Sołtysik ze Stryja); w sprawach zasadniczej wagi działać będzie komisya obszerniejsza, pomnożona o 2 członków, z poza Rady zawiadowczej wybranych (Dr Damski z Krakowa i Dr Sawicki z Kańczugi). — Prof. Gluziński podniósł konieczność wydatniejszego popierania zakładu w Morszynie przez lekarzy z całego kraju.

7) Na wniosek Rady zawiadowczej uchwalono przez aklamacyę mianować członkami honorowymi Towarzystwa r. dw. Dra Merunowicza (referent Prof. Gluziński) i prym. Dr Opolskiego (referent r. dw. Merunowicz). — Prof. Kostanecki zaznaczył, że Towarzystwo lekarskie krakowskie, ze swej strony postanowiwszy wnieść wybór prezesa Merunowicza członkiem honorowym Towarzystwa lek. gal., wyraża mu jaknajgorętsze podziękowanie za Jego wieloletnią pracę.

Na wniosek Rady zawiadowczej uchwalono udzielić 100 kor. na rzecz rodziny Dr Franza.

Na wniosek Rady zawiadowczej (ref. r. dw. Merunowicz) uchwalono udzielić pensyi stałych po 400 kor. rocznie 4 wdowom po lekarzach (pp. Sokołowska, Lastowa, Marynowska i Kończewiczowa).

8) Uchwalono wniosek delegacyi krakowskiej, przedstawiony przez prezesa Tow. lek. krak., Prof. Cybulskiego, aby następne Walne Zgromadzenie doroczne odbyło się w Krakowie, i wniosek Dra Sękiewicza, aby termin tego Zgromadzenia przypadał w lecie r. 1912 tuż obok terminu zamierzonego w Krakowie Zjazdu lekarzy rządowych z całej Austryi.

9) Do komisyi rewizyjnej wybrano oddział przemyski, (obok wchodzących do niej na mocy ustawy Towarzystw krakowskiego i lwowskiego).

10) Do Rady zawiadowczej na r. 1911 zostali wybrani: Prof. Machek (prezes), Dr Obtułowicz (wiceprezes), Dr Schellenberg (skarbnik), Dr Zabłocki (sekretarz generalny), wszyscy ze Lwowa, dalej Prof. Gluziński i Dr K. Krzyżanowski ze Lwowa, Dr Sobolewski z Sambora i Dr Sołtysik ze Stryja. Prócz tego należą do Rady zawiadowczej: Prof. Rencki (jako drugi delegat Towarzystwa lek. lwowskiego), oraz Prof. Browicz z Krakowa i Prof. Jurasz ze Lwowa (jako delegaci Towarzystwa lek. krakowskiego). C.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

X posiedzenie d. 12 (25) listopada 1910 r.

Obecnych członków 22, gości 8. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

Otwierając posiedzenie prezes dzieli się smutną wiadomością o śmierci członków »Związku«: Dr Adama Sapacz-Sapaczyńskiego i Dr Franciszka Groera. Podając tę wiadomość, prezes wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Dr Wilamowski odczytuje krótki życiorys i zarys działalności naukowej Dra Adama Sapacz-Sapaczyńskiego.

Prezes ponownie zabierając głos, podaje do wiadomości, że zmarł w tych dniach wielki mistrz hr. L. N. Tołstoj i wzywa obecnych również do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

I) Prof. Ziemacki wygłosił rzecz pod tyt. **Sprawozdanie z XV Zjazdu Chirurgów Polskich w Warszawie,** 6, 7 i 8 października 1910 r. n. st.

Prezes w imieniu Zgromadzenia złożył serdeczne podziękowanie za ciekawy i wyczerpujący odczyt i prócz tego w imieniu »Związku« wyraził podziękowanie prelegentowi, jako przedstawicielowi »Związku« na Zjeździe.

II) Dr B. Wilamowski odczytał rzecz pod tytułem: **Wąglik wrzekomy** (przypadek kliniczny). Chora żona szewca w wieku lat 45, chuda, blada, wycieńczona (odbyła 11 połogów, po ostatnim, temu 3 lata, chorowała w ciągu dwóch miesięcy, zupełnie jednak nie powróciła do zdrowia, albowiem wciąż skarżyła się na słabość, bóle w lewej stronie klatki piersiowej, częste rozwolnienie). Na tydzień przed wstąpieniem do kliniki w kobiecym Instytucie lekarskim zaczęła się u chorej gorączka, wymioty, rozwolnienie, duszność i bicie serca. Przy badaniu stwierdzono, co następuje: Chora przytomna, lecz bardzo słaba, chuda, blada i sina; oddech przyśpieszony (35), powierzchowny; działalność serca bardzo podniesiona. Wysypki niema żadnej; puchlina podskórna. Gruczoły chłonne wymacalne na szyi i pod pachami, przeważnie z lewej strony, lecz nie bolesne. Brzuch trochę wzdęty. Wątroba powiększona, bolesna. Biegunka bez żadnych boleści po 6—7 razy na dobę. Suchy kaszel. Rozmiary serca powiększone, uderzenia niemiarowe (140 na minutę, tętno zaś wynosiło 100). Skurczowy szmer nad koniuszkiem serca. W lewej jamie opłucnej stwierdzono wysięk krwotoczny. W moczu i wypróżnieniach nic szczególniejszego nie wykryto. W klinice chora przebyła dwa tygodnie. W dalszym ciągu powiększyła się śledziona i pojawiły się plwociny krwawe. Ciepłota wciąż była podgorączkową; bezsenność, bóle głowy i poty. W wysięku opłucnym wykazano drogą bakteryologiczną prątki, dość znacznej wielkości, z końcami jak gdyby obrąbanymi, w środku zawierające zarodniki (wykryć te prątki w plwocinach lub w wypróżnieniach nie powiodło się). Prątki te zwykle układały się po dwa lub nawet w dłuższe łańcuchy. Gdyby nie ruchomość prątka, możnaby go było uznać za prątka wąglikowego. Tak nawet na razie twierdził bakteryolog, lecz na drugi dzień po dokonaniu sekcyi zmienił swe zdanie, albowiem przekonał się, że prątek ten okazuje ruchy własne. Sprzeczność tłómaczy się w ten sposób, że w wodzie kondensacyjnej hodowli agarowej prątki były ruchome, zaś pochodzące z powierzchni pożywki ruchu nie okazywały i układały się w postaci dłuższych łańcuchów. Wobec takich wyników badań zaliczył bakteryolog prątka tego do najwięcej podobnej grupy laseczników wąglikowatych lub prątków rzekomych wąglika. Sekcya w zupełności potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Na podstawie tego przypadku można oprzeć dwa wnioski: 1) Drobnoustrój, który wywołał wyżej opisaną chorobę, należy do chorobotwórczych, jest bardzo podobny do prątka wąglika i najwięcej zbliżony do opisanych już laseczników wąglikowatych. 2) Przypadki wąglika wrzekomego czyli choroby wąglikowate klinicznie pozostają w takim stosunku do prawdziwego wąglika, w jakim np. paratyfus do duru brzusznego. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Prof. Ziemacki przypomina swój przypadek z roku 1884, ogłoszony w »Przeglądzie lekarskim«. Ropa (na palcu) zawierała długie nici przy badaniu mikroskopowem, (pożywek sztucznych wtedy nie było), które wykonywały również ruchy. Niektóre cechy były podobne do drobnoustroju wąglika, lecz różniły się w szczegółach Hodowli nie robiono; mówca zaliczył owe drobnoustroje do kategoryi »cladothrix«. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za ciekawy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano odezwę od Komitetu Sokoła polskiego z prośbą o wzięcie udziału i poparcie obchodu Grunwaldzkiego. 2) Sekretarz Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż 1 grudnia n. st. upływa 25 lat działalności naukowej i obywatelsko-społecznej Prof. fizyologii na Wszechnicy Jagiellońskiej Dra Napoleona Cybulskiego, który jest członkiem korespondentem »Związku«. »Rada« in corpore uchwala zrobić wniosek na najbliższem ogólnem posiedzeniu o wybranie Prof. Napoleona Cybulskiego członkiem honorowym »Związku« wobec wybitnych zasług jubilata. 3) Prezes podaje do wiadomości, iż w grudniu 19 (23) st. st. ma się odbyć II. Zjazd terapeutów rosyjskich. Wybrano na przedstawicieli »Związku« na owym Zjeździe: Doc. Z. Orłowskiego, Dra Wilamowskiego i Dra Zakrzewskiego. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż nazajutrz ma się odbyć uroczystość z powodu 100-lecia dnia urodzin Pirogowa. Uchwalono przesłać telegram. 5) Sprawę uczczenia hr. L. N. Tołstoja uchwalono podnieść na ogólnem posiedzeniu. 6) Prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż otrzymał od ks. Okołokułaka list z prośbą o pomoc lekarską w jego przytułku na ul. Uszakowskiej. Dotąd był lekarzem Dr Hattowski, który obecnie dla braku czasu pełnić swych obowiązków nie może. Uchwalono zapytać Dra Giłużewskiego, który pracuje w szpitalu Ałafuzowskim, czy nie podejmie się bezpłatnej potrzebnej pomocy lekarskiej w owym zakładzie. Sekretarza Doc. Sowińskiego upoważniono do zniesienia się w tej sprawie z Drem Giłużewskim. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

64. Ogólne Zebranie w dniu 21. stycznia 1911 r.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

1) Przed porządkiem dziennym przedstawił kol. Raszkes a) chorą po wstrzyknięciu **salvarsanu.** Chora S. zaraziła się od swego męża przed 3 miesiącami. Nie leczyła się wcale, dopiero teraz zwróciła się do szpitala św. Kazimierza z nieznaczną różyczką na całem ciele; na wielkich i małych wargach sromnych kłykciny wielkości grochu, takież same przy wejściu do pochwy. Przed trzema dniami wstrzyknięto salvarsan, przygotowany według metody Malinowskiego, w ilości 0,5. Żadnych bolów chora podczas wstrzyknięcia nie doznawała, ani do tej chwili nie doznaje. Ciepłota w dniu wstrzyknięcia i nazajutrz 37·6, poczem spadła do poziomu prawidłowego; tętno 72; na miejscu wstrzyknięcia wyczuwa się obecnie naciek, zupełnie niebolesny. Różyczki niema, kłykciny obecnie po 3 dniach po wstrzyknięciu już zaczynają zanikać. b) Kol Raszkes przedstawił **macicę, amputowaną nadpochwowo z powodu włókniaka,** przyczem znaleziono i wycięto też torbiel lewego jajnika. Chora St. B., lat 36, miała pierwszą regularność skończywszy lat 19. Mając lat 22, wyszła zamąż, poczem zaraz zaszła w ciążę i poroniła w piątym miesiącu. Przed sześciu laty zauważyła guz w brzuchu; w szpitalu św. Ducha w Warszawie wyłuszczono wtedy torbiel jajnika prawego. Cięcie prowadzono wtedy w linii środkowej, rana zagoiła się doraźnie. Od lat trzech miewa bole w dole brzucha, od czasu do czasu nieprawidłowe krwawienia z pochwy, regularność zaś pojawia się prawidłowo co 4 tygodnie. Przy badaniu stwierdził mowca, co następuje: Część pochwowa przechodzi w guz twardy, niebolesny, nieco ruchomy, sięgający aż do pępka; nie udaje się wyczuć trzonu macicy, ani lewych przydatków; jama macicy ma 16 centymetrów długości. Rozpoznano włókniaka macicy. W uśpieniu chloroformowem dokonano 3. I. 1911 roku przy pomocy kolegów Kosickiego i Fuksiewicza cięcia brzusznego wzdłuż lewego brzegu blizny po poprzedniej operacyi; od spojenia łonowego na jeden palec ponad pępek oddzielono częścią nożyczkami, częścią na tępo zrosty między siecią, a przednią ścianą macicy, oraz w zatoce Douglasa, następnie dokonano nadpochwowej amputacyi macicy. Ponieważ w lewym jajniku znajdowała się torbiel wielkości pomarańczy, więc wycięto lewy jajnik wraz z lewym jajowodem, który był znacznie zgrubiały. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; ciepłota nie podniosła się wyżej $37^{0}4$, tętno było najwyżej 72; rana zagoiła się doraźnie; chora podniosła się 7-go dnia po operacyi. Przypadek ten jest ciekawy z powodu współistnienia włókniaka macicy z torbielą jajników. Monsiorski na zasadzie statystyki James Watt-Keena i Lanwersa oblicza, że tego rodzaju współistnienie trafia się w 5% przypadków włókniaka macicy. Fakt ten, że chorą przed 6 laty operowano z powodu dużej torbieli prawego jajnika, kiedy jeszcze nie było włókniaka macicy, obecnie zaś znaleziono rozwijający się torbiel jajnika lewego ze zmianami w jajo-

wodzie przy wielkim włókniaku macicy, zasługuje na uwagę przy omawianiu nadzwyczaj ważnej i zajmującej sprawy o związku przyczynowym między włókniakiem macicy, a torbielami jajników.

W dyskusyi co do pierwszej chorej S. kol. Szczepaniak zapytuje się prelegenta, czy znane mu są komunikaty z ostatnich czasów, że salvarsan nie gwarantuje zupełnego wyleczenia, że często otrzymuje się nawroty, że wielu specyalistów przechyla się na stronę leczenia swoistego. — Kol. Raszkes w odpowiedzi zaznacza, że sprawy tej nie można jeszcze uważać za ostatecznie rozstrzygniętą; że jednak »606« albo będzie sam stosowany przy leczeniu przymiotu, albo obok leczenia swoistego.

Kol. Fidler ma w swej praktyce 6 przypadków, z tych jeden po wstrzyknięciu w Warszawie, jeden w Wrocławiu. Pierwszy był to typowy przymiot złośliwy; po Hg i sarsaparilli ciepłota zaczęła się podnosić, chory marniał. Po wstrzyknięciu »606« wszelkie objawy, między innymi i owrzodzenia, znikły. Drugi przypadek był przypadkiem przymiotu świeżego; stała gorączka — po »606« wyzdrowienie. Odczyn Wassermanna przed »606« był dodatni, po wstrzyknięciu ujemny. Trzeci przypadek był również przypadkiem kiły świeżej; chory ten dostał drgawek, rozpoznanie wskazywało na kiłę mózgu i rdzenia; stosowano wcieranie szaruchy, jod, powstało podniecenie, wzmożenie odruchów, wady akomodacyi. Próba Wassermanna poprzednio również była dodatnia. Neisser i Förster uważają go za wyleczonego. Poza tem kol. Fidler ma jeszcze trzy przypadki: jeden wspólnie z kol. Kossakiem, dwa osobiste. Przypadek czwarty: stara kobieta, objawy porażenia połowiczego. Odczyn Wassermanna dodatni. Wstrzyknięto »606«, bole nieznaczne, ciepłota siedem dni prawidłowa, siódmego dnia silny naciek na miejscu wstrzyknięcia, a ciepłota podskoczyła do 38·5. Dnia 9. ciepłota przełomowo spadła; naciek twardy, lekko bolesny; ogólne nieznaczne polepszenie: chora jest silniejsza, władza w lewej kończynie dolnej lepsza; chora może chodzić bez pomocy; polepszenie w porażeniu lewego nerwu twarzowego; stan lewej ręki bez zmian. Przypadek piąty: student z Moskwy. Odczyn Wassermanna dodatni. Po wstrzyknięciu nieznaczne omdlenie, ból początkowo nieznaczny, potem coraz większy; po 5 dniach naciek zaczął się zmniejszać; stan ogólny dobry. Szósty przypadek znajduje się w szpitalu: potator, hulaka; po leczeniu swoistem wrócił z kłykcinami kończystemi i płaskiemi. Po »606« był naciek, który 5. dnia nawet się zwiększył. Kłykciny płaskie wessały się, kłykciny kończyste 5. dnia zaczęły znikać. Co do nawrotów sądzi kol. Fidler, że przecież i leczenie swoiste nie zabezpiecza od nich, dlaczegóż nie stosować obok Hg i salvarsanu?

Kol. Szczepaniak omawia przypadek wiądu rdzenia z rozpoczynającym się zanikiem nerwu wzrokowego. Tu wstrzyknięcie »606«, które jednak zrobiono w Warszawie, nie w Radomiu, i to na życzenie chorego, stanowczo przyspieszyło pogorszenie wzroku. Przy zapaleniu jednak nerwu wzrokowego na tle przymiotowem radzi kol. S. wstrzykiwać »606«.

Kol. Fidler zaznacza, że dotąd nie zauważono wyników dodatnich po wstrzyknięciu »606« przy cierpieniach parasyfilitycznych.

Co do drugiej chorej, A. B., kol. Marks jest za porozumieniem się z lekarzami, którzy operowali chorą przed 6 laty. — Kol. Raszkes zgadza się z kol. Marksem.

2) Odczytano i przyjęto protokół 63. Zebrania ogólnego.

3) Zawiadomiono o ustąpieniu trzech członków Zarządu, kolegów: Fidlera, Kosickiego i Kondratowicza, oraz o balotowaniu jednego z członków komisyi rewizyjnej.

4) Kol. Cung odczytał referat: **W sprawie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.**

5) W sprawie organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej postanowiono zwrócić się do kol. Czyżewicza w Jarosławiu w Galicyi, prezesa Związku lekarskiego, z prośbą o ustawę.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Towarzystwo stomatologów polskich.

Postęp w dentystyce był tym czynnikiem, który wywołał zawiązanie się Towarzystwa stomatologów polskich. Namiestnictwo we Lwowie zatwierdziło statut 23. VII. 1906. Ponieważ obecnie minęło lat cztery od chwili ukonstytuowania się Towarzystwa, podajemy krótkie sprawozdanie z działalności do obecnej doby.

Wydział Towarzystwa, wybrany po zatwierdzeniu statutu, w niezmienionym prawie składzie urzęduje do dnia dzisiejszego. Prezesem wybrano Prof. Dra W. Łepkowskiego, który bez przerwy od założenia tę godność piastuje, skarbnikiem początkowo był Dr Uromski, obecnie Dr Sędzielowski, zastępcą prezesa był Prof. Dr N. Cybulski, obecnie Dr Merunowicz, sekretarzem Dr Kozaczka, Dr Jossé, obecnie Dr Maciszewski. Członków liczyło Towarzystwo początkowo dziesięciu, dzisiaj liczy 23 członków.

Celem Towarzystwa jest pielęgnowanie nauki o leczeniu chorób jamy ustnej i postęp techniki dentystycznej. Wierne swemu celowi starało się Towarzystwo pracować w tym kierunku, a że praca postępowała powoli, ale nieustannie, świadczą poniżej wymienione odczyty i referaty, które przedstawiono na posiedzeniach Towarzystwa.

Prof. Dr Łepkowski: 1) Sposoby robienia złotych koron i zatykadła. 2) Implantacya zębów. 3) Sprawozdanie ze Zjazdu stomatologów w Paryżu. 4) O zmianach w jamie ustnej, tyczących się uzębienia, które są oznaką wysokiego stopnia degeneracyi. 5) Krótki rys własnego sposobu zaopatrywaniu korzeni radycyną. 6) Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy w Wiedniu 6. XII. 1910.

Dr Kozaczka: 7) O zaopatrywaniu korzeni.

Dr Steinberg: 8) Wyjmowanie ułamanych korzeni. 9) O zapaleniu okostnej. 10) O wkładach złotych. 11) Wstrzykiwania, technika, wskazania, przeciwwskazania. 12) O formowaniu się uzębienia. Utrzymywanie chwiejących się zębów sposobem Witkowskiego.

Dr Matzke: 13) Znaczenie i zastosowanie gutaperki w zachowawczej dentystyce.

Dr Praetzel: 14) Praktyczne uwagi o dentystyce. 15) Noxolit. 16) Operacye Willigera.

Dr Syrop: 17) O cementach. 18) O badaniu prądem elektrycznym. 19) O regulacyi zębów. 20) O leczeniu pyorrhoea alveolaris. 21) Część teoretyczna i praktyczna ortodoncyi.

Dr Mirtenbaum: 22) O zaopatrywaniu korzeni i zapaleniu okostnej. 23) O plombach Aschera.

Jachimowicz; 24) Demonstracya prasy gumowej systemu Asha. 25) Mostki do zdejmowania na śrubach.

Dr Podlęski: 26) O radycynie.

Dr Schalit: 27) Pyocyanaza.

Towarzystwo postanowiło na przyszłość ogłaszać swe posiedzenia i tematy obrad w »Przeglądzie lekarskim«. Nadto powstała w łonie członków Towarzystwa myśl wydawania broszur i ogłaszania drukiem referatów treści ogólnej, mających na celu pouczenie laików o doniosłości pielęgnowania zębów i zwrócenia uwagi, że wobec wydoskonalenia sposobów zachowawczych wyrywanie zębów ogranicza się do minimum. Staraniem Towarzystwa wychodzi pierwsza popularna broszurka o higienie i pielęgnowaniu zębów.

Dr Maciszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk zainicyował dla wykształcenia personalu administracyjnego i służbowego w naszych zdrojowiskach urządzenie we Lwowie przy po-

mocy subwencyi Ministerstwa pracy 14-dniowego kursu administracyjno-gospodarczego. Drukujący się Pamiętnik Zjazdu przemysłowo-balneologicznego w najbliższym tygodniu ukaże się na półkach księgarskich. Zarząd Związku opracowuje obecnie wyczerpujący Przewodnik i Skorowidz wszelkich zdrojowisk, uzdrowisk, letnisk i źródeł mineralnych w kraju. Na najbliższem posiedzeniu zarządu nastąpi porozumienie się z ekonomicznym Związkiem urzędników, celem uzyskania przez członków tegoż Związku zniżeń w zdrojowiskach krajowych w I. i III. sezonie.

— Delegacya Polskiego Towarzystwa balneologicznego, złożona ze sekretarza Dr Zanietowskiego i redaktora Dr Frączkiewicza złożyła nowo mianowanym ministrom Głąbińskiemu i Zaleskiemu, oraz prezesowi Koła polskiego Łazarskiemu, szereg petycyi, odnoszących się do podniesienia krajowego zdrojownictwa. Równocześnie wzięła delegacya udział w obradach »Centralnego Związku balneologów«, do którego zarządu wybrany został z Polaków Dr Zanietowski. Wreszcie wspólnie z wiceprezesem Dr Schneidrem, wniosła delegacya do ministerstwa robót publicznych szereg próśb i postulatów, odnoszących się do rozwoju zdrojownictwa krajowego, do wzmożenia ruchu turystycznego w zdrojowiskach i do poparcia wystawy balneologicznej, którą ma urządzić w Krakowie w b. r. Towarzystwo balneologiczne podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników.

— Komisya sanitarna miejska na posiedzeniu z dnia 18. b. m. przyjęła do wiadomości sprawozdanie naczelnego lekarza miejskiego Dr Janiszewskiego o działalności miejskiego urzędu zdrowia w r. 1910 i o chorobach zakaźnych za czas od 1. stycznia do 15. b. m. Komisya uchwaliła regulamin dla służby sanitarnej, oraz uznała za naglącą sprawę budowy szpitala epidemicznego.

— Dr Zygmunt Radliński, asystent kliniki chirurgicznej, habilitował się z zakresu chirurgii.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Skudro, rodem z Cieszyna i Maurycy Epstein z Krakowa.

— »Słownik psychologii, neurologii i psychopatologii«, wyjdzie, jak donosi Dr R. Radziwiłłowicz w »Ruchu filozoficznym« (Nr 2), prawdopodobnie w r. 1912. Myśl opracowania takiego słownika poruszono już na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w r. 1900, ale dopiero I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w r. 1909 popchnął ją na tory praktyczne. Komitet redakcyjny »Słownika« tworzą pp. E. Abramowski, St. Orłowski i R. Radziwiłłowicz, nad ścisłością lingwistyczną czuwa A. Krasnowolski. Koszta nakładu pokryje kasa im. Mianowskiego. Słownik będzie mieć charakter inwentarzowy, t. j. obejmie wszystkie nazwy używane w psychologii, neurologii, psychiatryi i naukach pokrewnych w językach polskim, niemieckim, francuskim, angielskim i włoskim; objaśnienie znaczenia będzie podane przy nazwach polskich. Za podstawę językoznawczą przyjęto wychodzący właśnie w Warszawie »Słownik języka polskiego«, jego zasady i pisownię. Mianownictwo lekarskie opracowano według »Słownika lekarskiego« krakowskiego.

— We Lwowie zmarła Albertyna Wojciechowska, zapisując 160.000 kor. na fundacyę swego imienia, z której ma otrzymywać zasiłki 6 słuchaczy medycyny, a 10.000 zakładowi głuchoniemych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. II. do 18. II. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 5 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 8, ospy wietrznej 1, płonicy 8 † 1, odry 26 † — (3 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. W sprawie tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyły się narady w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem i Towarzystwie naukowem warszawskiem, na które przybyli umyślnie z Krakowa prezes komitetu gospodarczego Prof. Dr J. Nowak i doc. Dr Latkowski.

Z różnych stron. III. niemiecki Zjazd urologiczny odbędzie się w Wiedniu 11—13. IX. b. r. Głównymi tematami obrad są: 1) Wyniki trwałe po wycięciu nerki z powodu gruźlicy (referenci Israel, Windboiz). 2) Znaczenie metod uretroskopowych dla kliniki (Oberländer, Wossidlo). Zgłoszenia wykładów (najpóźniej do 1 czerwca 1911) przyjmuje biuro Zjazdu (Wien IX. Maria-Theresiastrasse 3).

— W tych dniach opuścił prasę drugi tom dzieła o elektromedycynie (Handbuch der gesammten Anwendungen der Elektrizität in der Medizin. 1911. Lipsk). Tom ten rozpoczyna obszerna, ilustrowana elektrodyagnostyka pióra Dr Zanietowskiego, a kończy praca tegoż autora »O nerwach obwodowych«. Innymi współpracownikami dzieła są: Prof. Mann z Wrocławia, Prof. Mendelssohn z Paryża, Prof. Boruttau z Berlina, Prof. Salomonson z Amsterdamu i Prof. Luzzenberger z Rzymu.

Zmarli: Dr Roman Aleksander Baranowski w 37 r. ż. w Grodzisku.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kostanecki: Hernia obturatoria (demonstracya). 2) Dr Janiszewski i doc. Nitsch: O pracowni bakteryologicznej miejskiej. 3) P. Borkowski: Ehrlich i jego teorya.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowe przetwory radium w zakładzie Neulangbach.

Po odkryciu własności leczniczych radu powstała myśl sporządzania sztucznych wód, zawierających rad. Neisser i in. wykazali, że takie wody dorównywują prawie pod względem działania cieplicom naturalnym. Jeżeli zaś nie osiągnięto tego samego stopnia działania, to jedynie dlatego, że przetwory dotąd fabrykowane zawierały zbyt mało emanacyi (Görner, Münch. med. Woch. 1910. Nr 27.), co zapewne w związku pozostaje z wysoką ceną radu. Zakład w Neulangbach posiada nowy, korzystny bardzo sposób postępowania przy wytwarzaniu radu, także z bardzo ubogich i tanich kruszców.

Przetwory tej firmy są do 800 razy radyoczynniejsze w porównaniu z innymi. Za jednostkę miary przyjmuje się t. zw. »pojedyńczy Gastein« t. j. 31.000 t. zw. »Machelinheiten« czyli jednostek czynnościowych, jakie są zawarte w 200 litrach (kąpiel normalna) wody w Gastein z Grabenbäckerquelle. Przetwór zatem oznaczony »poczwórny Gastein« zawiera 124000 jednostek czynnościowych.

Osiągnięte tymi przetworami wyniki odpowiadają w zupełności pokładanym nadziejom.

Szczegółowych wiadomości udziela w prospektach »Zentralverkaufsbureau Radiumwerk Neulangbach, — Wien IX. Günthergasse 1. Pozatem zawiera inserat w »Przeglądzie lekarskim« pewne dane.

Dk. W.